

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 3.

---

# DES FISTULES HÉPATO-BRONCHIQUES

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Novembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Séraphin PERRIER

Né le 24 janvier 1876, à Barraux (Isère).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—  
Novembre 1900







Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 3.

---

# DES FISTULES HÉPATO-BRONCHIQUES

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

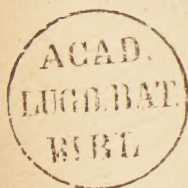
Et soutenue publiquement le 10 Novembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Séraphin PERRIER

Né le 24 janvier 1876, à Barraux (Isère).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—  
Novembre 1900

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. . . . . DOYEN.  
 LACASSAGNE . . . . . ASSESSEUR.  
 CROLAS. . . . . QUESTEUR

PROFESSEURS HONORAIRES  
 MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

## PROFESSEURS

|                                                          |   |                |
|----------------------------------------------------------|---|----------------|
| Cliniques médicales. . . . .                             | } | MM. LÉPINE.    |
|                                                          |   | BONDET.        |
| Cliniques chirurgicales. . . . .                         | } | BARD.          |
|                                                          |   | OLLIER.        |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .          |   | PONCET.        |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                        |   | FOCHIER.       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . . |   | GAYET.         |
| Clinique des maladies mentales. . . . .                  |   | GAILLETON.     |
| Physique médicale. . . . .                               |   | PIERRET.       |
| Chimie médicale et pharmaceutique. . . . .               |   | MONYER.        |
| Chimie organique et Toxicologie. . . . .                 |   | HUGOUNENQ.     |
| Matière médicale et Botanique. . . . .                   |   | CAZENEUVE.     |
| Parasitologie. . . . .                                   |   | FLORENCE.      |
| Anatomie. . . . .                                        |   | LORTET.        |
| Anatomie générale et Histologie. . . . .                 |   | TESTUT.        |
| Physiologie. . . . .                                     |   | RENAUT.        |
| Pathologie interne. . . . .                              |   | MORAT.         |
| Pathologie externe. . . . .                              |   | TEISSIER.      |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .           |   | AUGAGNEUR.     |
| Anatomie pathologique. . . . .                           |   | MAYET.         |
| Médecine opératoire. . . . .                             |   | TRIPIER.       |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . .              |   | POLLOSSON (M.) |
| Médecine légale. . . . .                                 |   | ARLOING.       |
| Hygiène. . . . .                                         |   | LACASSAGNE.    |
| Thérapeutique. . . . .                                   |   | COURMONT.      |
| Pharmacologie. . . . .                                   |   | SOULIER.       |
|                                                          |   | CROLAS.        |

## PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. . . . . LAROYENNE.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                     |                  |
|-----------------------------------------------------|------------------|
| Clinique des Maladies des Enfants. . . . .          | WEILL, agrégé    |
| Maladies des voies urinaires. . . . .               | CHANDELUX —      |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx. . . . . | LANNOIS, —       |
| Accouchements. . . . .                              | POLLOSSON (A.) — |
| Propédeutique médicale. . . . .                     | ROQUE, —         |
| Propédeutique chirurgicale. . . . .                 | GANGOLPHE, —     |
| Botanique. . . . .                                  | BEAUVISAGE. —    |

## AGRÉGÉS

|                |           |         |                |
|----------------|-----------|---------|----------------|
| MM.            | MM.       | MM.     | MM.            |
| BEAUVISAGE.    | CONDAMIN. | VALLAS. | PAVIOT.        |
| ROQUE.         | DEVIC.    | SIRAUD. | NOVÉ-JOSSERAND |
| ROUX.          | COLLET.   | DURAND. | BÉRARD.        |
| POLLOSSON (A.) | BOYER.    | DOYON.  | SAMBUC.        |
| ROCHET.        | BARRAL.   | PIC.    | BORDIER.       |
| ROLLET.        | MOREAU.   |         |                |

M. BEAUDUN, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THESE

M. LAROYENNE, Président ; LANNOIS, Assesseur ;  
 MM. ROLLET et PAVIOT Agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

*Au moment de terminer nos études médicales, nous nous faisons un devoir de remercier ici nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux.*

*M. le professeur Laroyenne a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous lui sommes profondément reconnaissant de l'honneur qu'il nous fait.*

*M. le professeur agrégé Siraud a particulièrement droit à notre gratitude. Il nous a donné le sujet de ce travail et ne nous a ménagé ni ses conseils, ni son temps pour le mener à bien. Pendant la durée de nos études médicales, il fut toujours pour nous un maître plein de bonté et d'attention.*

*M. le professeur agrégé Gangolphe a toujours été pour nous d'une grande amabilité, nous l'en remercions bien vivement.*

*Merci aussi à tous ceux de nos camarades qui nous ont toujours porté de l'intérêt. Nous les prions de nous conserver leur affectueuse estime.*

*Qu'il nous soit permis d'adresser ici un souvenir ému et reconnaissant à M. et M<sup>me</sup> Emile Pelloux. Pendant nos cinq années d'étudiant, ils ont été pour*

*nous remplis de bienveillance et de sollicitude. Nous leur disons merci, tant pour l'accueil cordial que nous avons toujours trouvé chez eux que pour l'appui moral qu'ils nous ont prêté en maintes circonstances. Qu'ils soient assurés de notre dévouement et de notre éternelle reconnaissance.*

*Nous n'oublierons pas les familles Jourdan et Augustin Pelloux, qui ont toujours témoigné de leur sympathie et leur intérêt à notre égard.*

*Merci enfin à tous ceux qui se sont occupés de nous durant nos études médicales.*

---

## INTRODUCTION

---

Pendant que nous suivions, à l'Hôtel-Dieu, le service de M. le professeur agrégé Gangolphe, nous eûmes l'occasion d'observer un malade porteur d'une fistule hépato-bronchique.

M. le professeur agrégé Siraud attira notre attention sur un cas aussi rare, et cette observation nous parut présenter un intérêt suffisant pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

A propos de ce cas, nous avons recherché, dans la littérature médicale, les cas de fistules hépato-bronchiques qui ont été publiés dans des thèses ou dans des mémoires.

Nous devons avouer que le nombre en est un peu restreint. Il est vrai que nous avons franchement limité notre sujet, et que nous avons éliminé, de parti pris, toutes les observations, et celles-là sont nombreuses, où la fistule faisait défaut ou n'était pas signalée. C'est ainsi que nous avons passé sous silence les cas de kyste hydatique de la face convexe du foie, ou d'abcès hépatiques ouverts dans les bronches, et s'accompagnant d'une expectoration bilieuse de quelques jours seulement.

Il nous a semblé que ces vomiques, mode habituel de guérison d'un certain nombre d'affections hépatiques, formaient un groupe spécial, et ne devaient pas être confondues avec ces expectorations bilieuses de durée très confuse et reconnaissant pour cause un trajet broncho-hépatique difficile à se cicatriser.

Nous diviserons notre sujet en plusieurs chapitres, et nous étudierons successivement, à propos de ce cas particulier :

- 1<sup>o</sup> *L'historique ;*
  - 2<sup>o</sup> *L'étiologie ;*
  - 3<sup>o</sup> *L'anatomie pathologique et la pathogénie ;*
  - 4<sup>o</sup> *Le diagnostic ;*
  - 5<sup>o</sup> *Le pronostic.*
-

# DES FISTULES

## HÉPATO-BRONCHIQUES

---

### HISTORIQUE

---

Cruveilhier, Cadet de Gassicourt, Bricheteau, Jaccoud, Duvernoy, Segond et Potherat, qui ont étudié d'une façon toute particulière les terminaisons des kystes hydatiques et des abcès du foie, signalent tous leur ouverture possible, mais très rare, dans les bronches. L'observation que MM. Landouzy et Segond ont présentée en 1887 à la Société de chirurgie, en est un remarquable exemple. Aucun des auteurs cités ne fait mention d'une expectoration biliaire persistante, survenant à la suite de la rupture de ces poches intra-hépatiques dans les voies respiratoires.

Trousseau et Davaine nous ont paru être les premiers auteurs qui aient indiqué la présence de la bile dans les vomiques consécutives à ces affections de kyste hydatique suppuré ou non, abcès périangiocholitique.

Mais la courte durée de la présence de la bile dans les produits expectorés, après l'irruption dans les bronches, fait qu'ils n'insistent pas sur ce syndrome morbide.

La fistule biliaire hépato-bronchique ne paraît donc pas avoir été vue par ces auteurs. Mandard, le premier, dans sa thèse inaugurale, en 1854, décrit complètement l'expectoration biliaire, car il cite l'observation d'un malade (observation reproduite dans la thèse de Bourgeois, Paris, 1858), âgé de soixante-dix ans, qui expectora de la bile pendant plusieurs mois. Toutefois, cet auteur ne donne aucune analyse chimique de cette expectoration et s'en rapporte à l'apparence.

Barth et Roger, en 1874, citent dans leur *Traité pratique d'auscultation*, le cas d'un malade, à l'autopsie duquel on trouva une communication fistuleuse entre les voies biliaires et les bronches, mais sans en indiquer la cause.

Malgré ces deux observations qui établissaient d'une façon péremptoire l'existence des fistules biliaires hépato-bronchiques, on ne trouve pas dans les articles classiques de Luton (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*) et de MM. Barth et Besnier (*Dictionnaire encyclopédique*) sur la pathologie des voies biliaires, une description des fistules de cette nature.

En 1875, M. le professeur Laboulbène présente à la Société médicale des hôpitaux un mémoire sur une fistule biliaire hépato-bronchique. Ce cas est le premier où des analyses chimiques bien faites établissent, sur une base certaine, l'existence des fistules dont nous rapportons un cas.

MM. C. Paul, Ferréol et Potain, signalent, dans la discussion qui suivit la lecture du mémoire de

M. Laboulbène, des cas de fistules biliaires qu'ils avaient observés, mais qui n'ont pas été publiés.

A la suite de la publication de ce travail, plusieurs cas de fistule biliaire hépato-bronchique sont signalés par divers auteurs.

M. Berdinel, en 1876, publie dans la *Gazette hebdomadaire* une note sur un kyste hydatique du foie terminé par fistule hépato-bronchique.

Dreschfeld, en 1879, en signale un nouveau cas : il s'agissait d'un malade chez lequel l'établissement d'une fistule biliaire hépato-bronchique fut amené par un calcul intra-hépatique, qui provoqua une angiocholite suppurée.

Edit, en 1882 (dans le *Boston medical and surgical Journal*); Gomet, en 1885, dans la thèse de Fouché sur les fistules hépato-bronchiques consécutives à la lithiase biliaire; Nermord, en 1891, dans sa thèse inaugurale a réuni tous les cas précédents.

Depuis, Graham, en 1897, dans une communication où nous avons largement puisé, commente d'une façon très détaillée deux cas de fistule broncho-biliaire qu'il avait observés dans son service.

Nous insisterons encore sur ce point : nous n'avons relevé que les cas de fistule biliaire persistante, c'est-à-dire les cas où le rejet de la bile occupe le premier plan de la série pathologique, provoque des troubles pulmonaires et digestifs et devient la source d'indications thérapeutiques spéciales, car l'expectoration biliaire momentanée est, en effet, un phénomène banal et fréquent lors de l'ouverture des collections intra-hépatiques dans les bronches.

## ÉTIOLOGIE

---

Les cas de fistule broncho-biliaire sont rarement primitifs ; l'observation de M. Laboulbène que nous rapportons semble seule démontrer qu'ils peuvent l'être quelquefois, mais cette observation a peut-être besoin d'être confirmée.

Le plus souvent ils sont secondaires, et alors ils succèdent à diverses altérations hépatiques.

Nous formerons un premier groupe étiologique avec les kystes hydatiques du foie dont l'ouverture se fait à travers les bronches ulcérées, avec rejet de bile consécutif et persistant.

L'observation de M. Berdinel en est un bel exemple.

Dans un deuxième groupe nous placerons la lithiasé biliaire, que les calculs occupent les ramifications biliaires intra-hépatiques ou qu'ils soient situés dans la vésicule. Les observations de Mandard, Dreschfeld, Denucé, mettent bien en évidence cette notion étiologique. Nous pourrions ajouter qu'elle est la plus fréquente.

Ici se pose une question. L'abcès du foie à travers le poumon ne peut-il pas, dans quelques circonstances,

amener une fistule broncho-biliaire ? Les ouvrages si nombreux sur les suppurations hépatiques ne font aucune mention de ce mode de terminaison des abcès. Le *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, de Dutrouleau, le *Traité de pathologie* de Monneret, le livre de Frerichs, celui de Murchinson et la thèse de Brossier n'indiquent pas comme possible la terminaison par fistule des grands abcès du foie.

J.-S. Rouis, dans ses recherches sur les suppurations endémiques du foie, relève cent soixante-deux cas d'abcès hépatiques, et ne signale que deux cas où la terminaison par fistule s'est opérée. Enfin Nermord, dans sa thèse inaugurale : *Contribution à l'étude des fistules biliaires hépato-bronchiques*, s'exprime ainsi. En résumé, la terminaison des abcès du foie par fistule biliaire hépato-bronchique est une véritable exception.

Cependant, dans son article sur les fistules broncho-biliaires ou broncho-pleurales, Courvoisier rappelle que ces fistules sont rares et reconnaissent comme cause les abcès dysentériques du foie.

Nous sommes donc fondé à admettre les abcès du foie comme troisième groupe étiologique.

Il peut arriver que la cause soit encore tout autre, et Graham, dans sa communication à la Société de médecine américaine en 1897, écrit : « J'ai réuni 8 cas de fistules qui ont été observés après les travaux de Courvoisier, qui cite 24 cas ; Barth en rapporte 1 cas dans son ouvrage. Ce qui fait un total de 34 cas, avec celui que je rapporte plus haut (obs. II). Des 24 cas de Courvoisier, 8 furent décrits pendant la vie et le diagnostic fut

confirmé par la présence de la bile dans les crachats. Tous guérissent. Dans 2 cas la cause resta inconnue, dans 1 cas on crut en trouver la cause dans l'obstruction du canal hépatique par un calcul. Dans 1 cas on trouva des hydatides sans abcès, et, dans les 2 derniers cas, on put constater des hydatides avec du pus. Dans les 10 cas qui se terminèrent par la mort, on fit l'autopsie. Dans les 6 cas on trouva des échinocoques, et dans 2 des ascarides furent la cause de la perforation.

Les 10 autres cas se rattachent à la biliaire.

Enfin il peut arriver qu'aucune cause appréciable ne puisse être évoquée dans la production de la fistule. Tel est le cas de M. Laboulbène, où rien n'attirait l'attention du côté du foie et où la fistule paraît s'être produite spontanément. Cette observation est unique jusqu'à ce jour et, par suite, de nouveaux faits sont nécessaires pour éclaircir ce mode étiologique.

En résumé, l'étiologie des fistules broncho-biliaires peut se diviser en quatre groupes.

*1<sup>er</sup> groupe.* — Kystes hydatiques du foie.

*2<sup>e</sup> groupe.* — Lithiase biliaire.

*3<sup>e</sup> groupe.* — Abcès du foie.

*4<sup>e</sup> groupe.* — Echinocoques et ascarides.

---

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE. PATHOGENIE

Les autopsies d'individus ayant présenté les caractères définis d'une fistule broncho-biliaire ne sont pas très nombreuses. Barth et Roger ne font que mentionner la communication hépato-bronchique directe confirmant le diagnostic posé. Mandard, Dreschfeld, et Nermord dans sa thèse inaugurale rapportent chacun une observation où l'anatomie pathologique est étudiée en grand détail. Nous pouvons y joindre deux cas puisés dans la communication faite par Graham à la Société de médecine américaine en 1897.

Dans l'observation de fistule biliaire vésiculo-bronchique de Mandard, les lésions sont ainsi décrites. La vésicule biliaire, fixée au diaphragme par toute l'étendue de son fond, communiquait par une ouverture arrondie avec la cavité thoracique. Le poumon droit, adhérent au diaphragme, offrait, dans son lobe inférieur, une cavité ayant le volume de deux noix, irrégulière, anfractueuse, à parois indurées, qui communiquait inférieurement avec la vésicule. Dans l'intérieur du cloaque formé par la vésicule et cette cavité, on trouvait des calculs nombreux, les uns dans la vésicule, les autres

dans le poumon, et baignant dans un mélange de pus et de bile. Les canaux biliaires étaient intacts. Dans l'observation de Dreschfeld, un gros canal biliaire de la face convexe du foie était dilaté et ulcéré par un calcul ; le diaphragme aminci, tassé, fibreux, difficile à isoler des membranes péritonéales et pleurales épaissies.

Dans l'autopsie du malade dont nous rapportons plus loin l'observation, les désordres anatomiques étaient les suivants : au niveau du bord postérieur du foie, dans le sinus costo-diaphragmatique, existait un foyer, du volume d'une mandarine, aplati de haut en bas, et contenant un mélange de pus et de bile.

La paroi supérieure était formée par le diaphragme soudé à la plèvre et au poumon, la paroi inférieure par le tissu hépatique même. Tandis qu'il a été facile de mettre en évidence l'orifice bronchique du trajet fistuleux, il a été impossible de trouver l'orifice biliaire. Une incision perpendiculaire pratiquée en plein parenchyme, au niveau de la paroi inférieure du foyer, faisait voir au-dessous de la capsule de Glisson, plusieurs grosses dilatations biliaires remplies d'un pus verdâtre et de graviers.

Malgré les investigations les plus minutieuses, M. Lancereaux n'a pas trouvé l'origine du trajet de la bile. Ce fait doit être rapproché de ces cas si fréquents où, après l'incision du parenchyme hépatique, sans lésion d'un gros canal biliaire, un écoulement abondant et persistant de bile prend naissance.

A la suite de l'observation VIII, M. Laboulbène affirme qu'il s'agissait d'une formation entre les voies

biliaires et les bronches. Après avoir rejeté l'idée d'un kyste hydatique ou d'un abcès du foie rompu à travers le diaphragme, il incline à penser que la bile provenait d'un conduit biliaire situé au voisinage de la face convexe du foie, vers l'endroit où s'étaient entendus les râles muqueux. Des adhérences du péritoine et de la plèvre auraient permis à la fistule de s'établir sans que la bile s'infiltrât dans les cavités séreuses. Il n'est pas probable que la perforation ait été la conséquence d'un travail ulcératif causé par un calcul, et il est assez difficile de dire quelle est l'origine de cette fistule hépato-bronchique.

*Cas de Bristow.* — Il s'agit d'une femme âgée de trente-deux ans, qui a présenté durant la vie les signes indiscutables de fistule broncho-biliaire. A l'autopsie, on a trouvé que la partie inférieure du poumon droit était adhérente au diaphragme. Une fistule traversait le diaphragme et communiquait avec la bronche droite. Le cholédoque était obstrué par un calcul. On notait de la dilatation, de la suppuration et de la destruction des canaux biliaires. Des cavités existaient dans le foie, comparables à des œufs de poule. Une des dernières, la plus vaste, était située sur la face convexe du lobe droit du foie et communiquait avec le poumon. Le contenu de ces cavités était pulpeux, de couleur verte. Le diaphragme était complètement adhérent au foie et au poumon, et présentait un orifice qui correspondait à l'orifice d'ouverture de l'abcès.

*Cas de Gaston.* — Il s'agit d'une malade qui a présenté pendant la vie des symptômes d'obstruction biliaire et consécutivement une fistule broncho-biliaire. A l'au-

topsie, le cholédoque était complètement obstrué, une collection de bile en décomposition et d'exsudat séreux, qui était sans doute contenue dans la vésicule biliaire dilatée, s'était frayé un chemin dans l'intérieur du foie, entre la face convexe du foie et la face concave du diaphragme, et poussait un prolongement jusque dans le tissu pulmonaire. L'afflux de bile septique dans les bronches semble avoir été la cause immédiate de la mort.

Dans toutes ces observations, la pathogénie de la fistule est facile à comprendre. Il se produit, sous l'influence d'une affection primitivement localisée dans le foie ou la vésicule biliaire, un processus le plus souvent suppuratif, qui crée des adhérences entre le foie, le diaphragme, les plèvres diaphragmatiques et pulmonaire et le poumon. Ces adhérences se créent au niveau des points où les connexions entre ces divers organes sont le plus intimes. Le travail d'organisation, parti du foyer ou de la vésicule, se propage et provoque une péritonite partielle adhésive, qui protège ainsi la grande cavité péritonéale contre l'issue de la bile presque toujours infectée. Quelquefois encore il se produit, entre la face convexe du foie et le diaphragme, une péritonite enkystée sus-hépatique, qui se videra par vomique lorsque le même travail de pleurite adhésive se sera produit dans la cage thoracique. La communication hépato-bronchique est le plus souvent indirecte, c'est-à-dire qu'il existe sur le trajet, une poche intermédiaire aux canaux biliaires et aux bronches. L'ouverture biliaire échappe parfois, comme nous l'avons vu, aux recherches les plus minutieuses.

La première étape du processus que nous observons, dans la formation des fistules biliaires hépato-bronchiques, existait dans les observations de Berciaux et Archambault. Ces auteurs ont, en effet, vu des épanchements biliaires limités par des adhérences péritonéales, entre la face supérieure du foie et le diaphragme, consécutifs, l'un à une cholécystite suppurée typhoïde, l'autre à une perforation de la vésicule biliaire par un calcul.

A propos d'un cas de fistule broncho-biliaire d'origine calculuse que Graham rapporte, il étudie la pathogénie de cet accident. D'après lui, la fistule broncho-biliaire peut se produire par des mécanismes différents.

1. L'occlusion du cholédoque par un calcul peut être suivie d'hépatite suppurée avec formation d'abcès dans le foie. Un ces abcès, vaste et rapproché de la face convexe, peut s'étendre à travers la capsule et le diaphragme jusque dans le poumon. Une inflammation du voisinage précéderait la migration de l'abcès constituant des adhérences entre les deux feuillets de la plèvre, et s'opposerait à l'entrée du pus dans la cavité pleurale.

2. Après l'occlusion du cholédoque les calculs peuvent se former dans l'intérieur du foie, devenir le centre d'abcès qui, s'ils sont situés près de la face convexe du foie, peuvent se frayer une voie jusque dans le poumon.

3. Un ou plusieurs calculs, venant soit de la vésicule biliaire, soit des conduits biliaires, peuvent perforer le foie et le diaphragme et pénétrer dans le poumon.

4. Il est possible que la vésicule biliaire enflammée

puisse se rompre et circonscire un abcès qui, s'il est situé sur la face convexe du foie, entre lui et le diaphragme, peut perforer le diaphragme, pénétrer dans la cavité pleurale ou le poumon.

---

## DIAGNOSTIC

---

Le diagnostic de fistule broncho-biliaire n'est pas difficile. Il suffit de se rendre compte de la façon dont la bile est rendue et d'explorer la région épigastrique. Il est des cas où une vomique pleurale plus ou moins verdâtre pourrait en imposer pour de la bile. L'examen chimique par les méthodes de Gmelin (acide nitrique nitreux), de Kühne, suffira pour lever tout doute.

Quant aux sels biliaires, leur présence sera mise en évidence par le procédé de Pettenkoffer.

Du reste l'allure clinique des malades atteints ou qui vont être, atteints d'une fistule broncho-biliaire est suffisamment caractérisée pour qu'une confusion soit impossible.

C'est au milieu d'une toux quinteuse et pénible, avec une dyspnée intense, des frissons et de la fièvre, que le malade rejette des crachats biliaires. L'arrivée de cette bile dans la bouche donne aux malades un goût d'une amertume très prononcée et leur teint la langue en jaune.

La teinte ictérique, ou plus souvent subictérique des muqueuses et de la peau, la décoloration des selles et la présence de la bile dans les urines accompagnent

quelquefois le début de la formation de la fistule biliaire quelle qu'en soit la cause. Les phénomènes gastro-intestinaux, tels que nausées, vomissements, diarrhée, sont plus rares.

L'examen complet des malades et un interrogatoire minutieux, donnent de précieuses indications sur l'origine de cette expectoration de bile. Ces malades sont amaigris, débattus.

L'hypocondre droit ne révèle quelquefois rien d'anormal à la vue. Mais il existe souvent une voussure avec une immobilité dans les mouvements respiratoires.

La palpation fait sentir un empatement au niveau de la vésicule, qui est dilatée ou non.

Le foie est de volume normal, ou bien il remonte plus ou moins près du mamelon, et on voit son bord inférieur descendre au-dessous des fausses côtes.

L'auscultation de la région hépatique et de la base du poumon droit fait entendre des râles cavernuleux, bulleux, et un souffle amphorique sur lequel insistent MM. Barth et Royer pour le diagnostic d'une cavité intra-hépatique communiquant avec les bronches. Les râles et le souffle s'accroissent toujours au moment où le malade tousse. Les signes stéthoscopiques pulmonaires consistent en râles de bronchite, râles ronflants ou muqueux, à bulles de volume variable, dont le nombre semble être en rapport avec l'accumulation plus ou moins considérable de mucosités dans les voies respiratoires. De la matité, une diminution du murmure vésiculaire, des frottements pleuraux, du souffle ont été constatés, lorsqu'il existait en arrière une poche interposée entre le foie et le poumon.

Le passage incessant des crachats biliaires a pu provoquer des phénomènes de laryngite, de pharyngite et de stomatite.

L'expectoration a eu, dans tous les cas que nous publions, des caractères absolument tranchés. Le malade est sans cesse secoué par des quintes de toux, à la suite desquels il expectore des crachats bilieux de temps à autre ; et quand il est resté quelque temps sans cracher, on voit survenir de véritables vomiques biliaires.

La quantité de liquide varie notablement avec les cas, mais il a toujours été extrêmement abondant, allant de 300 grammes à 700 grammes dans les vingt-quatre heures.

Dans les observations où le malade a guéri, l'abondante expectoration biliaire a diminué peu à peu, mais la guérison a toujours demandé des mois pour se produire.

La présence du sang a rarement été signalée, et cette absence d'hémoptysies, pendant la formation et le cours des fistules hépato-bronchiques, est intéressante à signaler, quand on songe à leur fréquence dans les cas de vomiques purulentes pulmonaires.

On signale très fréquemment des douleurs, plus ou moins vives, siégeant à la région hépatique et s'irradiant vers l'épigastre et vers l'épaule.

La dyspnée est toujours en rapport avec l'étendue des lésions hépatiques et pulmonaires concomitantes, occasionnant un refoulement ou une congestion du poumon droit, ou bien un foyer de broncho-pneumonie, et rétrécissant ainsi quelquefois beaucoup le champ de l'hématose.

Le cœur est normal et ne semble pas ressentir le contre-coup de l'affection abdominale.

L'état général n'est pas sans être influencé par la déperdition incessante de bile, et l'amaigrissement est cité dans quatre de nos observations. L'appétit est conservé, malgré ce passage continu de bile dans la bouche.

La constipation est fréquente, les selles sont colorées, les urines plus rares.

Aussitôt l'affection constituée, sa marche est monotone, uniquement constituée qu'elle est par cette expectoration biliaire accompagnée de quintes de toux.

La quantité de bile rendue varie peu d'un jour à l'autre, elle est toujours abondante et ne diminue que lorsque la guérison se dessine. Celle-ci a été le mode de terminaison le plus fréquent : la mort, toutefois, a été observée, amenée par quelque complication pulmonaire ou par dépérissement lent, par cachexie.

La complication la plus à craindre est l'infection biliaire, qui amène rapidement l'insuffisance hépatique. Elle se traduit par la sécheresse et la rougeur de la langue, le délire et des hémorragies.

Donc, avec les données précédentes, il sera facile de faire le diagnostic de la fistule broncho-biliaire, mais le diagnostic de la cause offre plus de difficulté, il peut rester en suspens pendant quelque temps et n'être porté qu'indirectement par voie d'exclusion.

Dans les cas d'hydatides du foie, il est assez fréquent de noter des troubles fonctionnels.

En effet, comme dans les cas que nous étudions, le kyste occupe la face convexe du foie et est voisin de la

capsule de Glisson, il se produit de la périhépatite adhésive, toujours douloureuse. Le malade accuse une sensation de pesanteur, de tiraillement, de plénitude vers la région hypocondriaque, une tension hypogastrique et un endolorissement profond s'exaspérant sous l'influence des mouvements. Les troubles digestifs font rarement défaut à cette période ; ils consistent en anorexie, dégoût des aliments azotés et des substances grasses, crampes gastriques très pénibles.

Plus tard, l'attention du médecin est appelée du côté du foie et, dès lors, le diagnostic devient plus facile. L'organe est augmenté de volume, on constate aisément, par la percussion, que la matité s'étend au delà des limites de l'organe, en haut et en bas, et il n'est pas rare de trouver une voussure localisée au niveau de l'hypocondre ou de la région épigastrique. Cette augmentation de volume limitée, globuleuse, souvent à maximum sous-xiphoïdien, est un signe de kyste du foie ; car la plupart des affections qui s'accompagnent d'hypertrophie du foie se traduisent par un empâtement de toute la région, qui est élargie et uniformément soulevée.

Par la palpation, on pourra parfois sentir, au niveau du point culminant de la voussure, une rénitence profonde et une sensation d'empâtement qui contraste avec la dureté des parties voisines. Dans quelques cas, la fluctuation est assez nette, et l'on a distinctement la notion d'une collection liquide. Enfin, dans des conditions tout à fait exceptionnelles, il est possible de sentir le frémissement hydatique qui est pathognomonique. Quand la voussure du côté du thorax est très

accentuée, on constate une déformation thoracique avec altération du murmure vésiculaire. Enfin, quand la fistule est formée, la présence dans l'expectoration biliaire de membranes d'hydatides ou de crochets d'échinocoques lèvera tous les doutes. On doit se souvenir que des examens minutieux et répétés sont souvent nécessaires, et que leur résultat pourra en rester longtemps négatif, surtout si les malades ne sont vus que quelque temps après l'établissement de leur fistule broncho-hépatique.

Supposons que la cause première soit la lithiase biliaire, et voyons comment nous pourrions faire le diagnostic causal. S'il existe des calculs situés dans les voies biliaires intra-hépatiques, leur présence pourra être seulement soupçonnée; en effet, ils ne donnent naissance qu'à des phénomènes douloureux vagues, et insuffisants pour conclure d'une manière ferme. Le doute cessera dès que l'examen du liquide rendu par la vomique fera reconnaître la présence de petits graviers, ou plutôt de poussière biliaire, qui indique que la lithiase a son siège dans les fines ramifications biliaires.

Quand il y a accumulation de calculs dans la vésicule du fiel, leur présence se traduit parfois par des signes assez nets pour que le diagnostic soit possible. Quand les calculs sont abondants et que la vésicule s'approche de la paroi antérieure de l'abdomen, on peut, dans des cas heureux, sentir la présence d'une tumeur dure, bosselée, irrégulière, toujours douloureuse à la percussion ou à la palpation profonde; la collision des calculs pourra être produite, et donner un

renseignement tout à fait caractéristique. L'existence de coliques hépatiques antécédentes, avec irradiations spéciales, les poussées d'ictère après chaque nouvel accès, la décoloration des matières fécales, montreront parfois l'existence de lésions anciennes des voies biliaires. Mais on doit savoir que les choses ne se passent pas toujours aussi simplement.

Dans quelques observations, la lithiasé a sommeillé pendant une longue période prodromique; à peine avait-on noté quelque pesanteur à l'hypocondre et de l'endolorissement sous-costal. Puis, brusquement, la fièvre apparaît avec son cycle caractéristique; des nausées, des vomissements bilieux se montrent, la vésicule se gonfle et devient très douloureuse, le foie se tuméfie; enfin tout indique une suppuration des voies biliaires.

Ce début rapide par cholécystite suppurée doit être noté, bien qu'il soit beaucoup moins fréquent que celui par coliques hépatiques.

Dans un troisième cas, il peut s'agir d'un abcès du foie qui s'est vidé dans les bronches. Quand le traumatisme en est la cause, l'évolution du mal met rapidement sur la voie. Quelques jours après l'accident, une douleur fixe, limitée au rebord costal droit se fait sentir. Le foie augmente de volume, et une teinte subictérique peu prononcée se manifeste. La fièvre, la prostration, et parfois des phénomènes typhoïdes indiquent la formation d'un foyer purulent. Ces faits sont rares, et le plus souvent la suppuration du foie est due à une lésion du tube gastro-intestinal.

La dysenterie tient la première place, et chacun sait la fréquence des abcès du foie dans les pays chauds où

la dysenterie est endémique. A côté de cette cause se rangent la typhlite et la pérityphlite, l'inflammation et l'ulcération de l'appendice iléo-cæcal où appendicite, les gastrites ulcéreuses, la fièvre typhoïde. Donc, chaque fois qu'un malade sera observé porteur d'une fistule biliaire hépato-bronchique, il sera utile de reconstituer l'histoire du mal, les anamnestiques pour mettre sur la voie du diagnostic étiologique.

Dans les cas d'abcès d'origine dysentérique, le début commence d'ordinaire à la suite d'une fatigue exagérée, ou bien d'un écart de régime où d'un excès de boissons. Il n'existe pas de frisson en général, les malades sont simplement courbaturés; ils ont la peau chaude et la tête lourde. La région du foie est tendue, douloureuse; l'organe déborde largement le rebord costal, enfin il se produit du côté de l'hypocondre droit une douleur vive, point de côté hépatique des médecins de la marine.

La fièvre s'allume et affecte souvent des allures périodiques, surtout au moment où le pus se collecte; les troubles gastro-intestinaux sont intenses, et le vomissement est fréquent, l'ictère est rare. C'est à ce moment, en général, que la collection liquide fait irruption dans les bronches et que se produit la vomique. Nous savons qu'il est rare qu'une expectoration bilieuse persistante soit la suite de ce mode de terminaison.

Il est évident que, en cherchant du côté des voies biliaires ou du tube gastro-intestinal, on trouvera presque toujours la porte d'entrée de l'infection. Toutefois, si aucun des symptômes qui caractérisent les affections que nous venons de passer en revue n'existe

ou n'a existé, on sera forcé d'admettre l'existence d'une fistule idiopathique, provoquée par un travail pathologique qui n'a pas retenti sur l'économie et qui, par suite, ne pouvait être diagnostiqué.

---

## PRONOSTIC

---

Si nous nous reportons aux observations que nous avons pu rassembler, nous pouvons dire que les fistules biliaires broncho-hépatiques n'entraînent pas, par elles-mêmes, un pronostic trop sombre. Trois des malades dont nous rapportons l'histoire sont radicalement guéris; ils n'ont pas présenté de lésion gangreneuse ou hémorragique du parenchyme pulmonaire, ni même d'inflammation pleurale. Quant aux cas terminés par la mort, il s'agissait de lésions anciennes, qui ont amené une issue funeste par épuisement, par cachexie.

Le contact de la bile avec l'arbre respiratoire paraît y produire purement les lésions vulgaires de catarrhe, que tout corps étranger non septique y produirait. Le sphacèle de la muqueuse, l'ulcération des vaisseaux pulmonaires, la propagation à la plèvre, ne sont pas notés.

Il est probable, d'ailleurs, que la bénignité relative des fistules résulte de la manière même dont elles se produisent. Le travail inflammatoire, en effet, est lent; des adhésions intimes ont le temps de se former, entre le foie et le diaphragme d'une part, le diaphragme et

la plèvre d'autre part. Aussi la bile ne peut-elle fuser dans ces parties, où sa présence aurait peut-être des inconvénients. Elle suit la voie bronchique, et c'est à la surface interne des bronches seules qu'elle fait sentir son action irritante.

Nous devons ajouter cependant que, même dans les cas dont l'issue a été heureuse, l'amaigrissement des malades a été très notable et la convalescence très longue. Cette observation, fournie par la clinique, tend à démontrer que, suivant les expériences de Schmidt, Bidder, Multer, les matériaux de la bile, qui normalement sont résorbés dans l'intestin, sont un appoint nécessaire pour le maintien de l'intégrité du processus nutritif.

Il faut ajouter, de plus, que le pronostic dépend avant tout de la cause génératrice de la fistule et de la conservation du bon état général. D'ailleurs, il serait téméraire de conclure sur le petit nombre de cas épars dans la littérature médicale.

Le caractère aseptique et non irritant de la bile semble parfaitement établi par le cas cité par Graham.

Dans quelques-uns, la fistule a duré plusieurs mois sans exercer d'action fâcheuse sur le poumon, et dans tous les cas où la pneumonie est survenue, il y avait infection d'un autre genre. La fistule une fois formée, le passage de la bile n'est pas aussi difficile qu'on peut le supposer. La pression du diaphragme sur les viscères abdominaux, dans la respiration, favorise le cours de la bile vers les bronches, et la toux encore davantage.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I ( inédite ).

(Prise dans le service de M. le professeur agrégé Gangolphe.

Victor X..., âgé de trente-quatre ans, cultivateur, entre, le 30 avril 1900, dans le service de M. le professeur agrégé Gangolphe, salle Sainte-Marthe. La mère du malade est morte en couches, son père vivant, bien portant. Trois frères et une sœur jouissent d'une bonne santé. Aucune maladie avant l'apparition des premiers symptômes de l'affection actuelle. Ni alcoolisme, ni syphilis. Il a toujours habité la France et n'a jamais eu d'accès palustres, pas de dysenteries antérieures. Marié, il a trois enfants bien portants, du développement physique que comporte leur âge.

Il y a onze ans, alors qu'il faisait sa dernière année de service, il ressentit, pour la première fois, une douleur comme un point au côté droit dans la région du foie. Quelques jours plus tard il eut une crise franche de colique hépatique, puis tout rentra dans l'ordre. Un mois après, il était libéré depuis huit jours, nouvelle colique. Tous les ans, depuis lors, il eut une attaque analogue, généralement vers le mois de décembre. Dans l'intervalle, il ne présentait aucun symptôme fonctionnel, ni douleur, ni sensation de pesanteur de la région malade, ni troubles digestifs, etc.

Il y a cinq ans, il dit avoir eu une pleurésie droite, diagnostiquée et traitée par un médecin au moyen de vésicatoires. Il dut

rester un mois au repos à cause du point de côté ; l'oppression était légère, il ne tenait pas le lit, n'avait pas de frissons. En somme, l'évolution semble avoir évolué sans grosse réaction.

Elle ne lui a laissé d'ailleurs aucune trace. Il continua à se bien porter entre les crises hépatiques, toujours espacées d'un an.

Au mois de mars 1899, il s'aperçut qu'il devenait jaune quelques jours après avoir remarqué une teinte foncée de ses urines. L'ictère s'accrut jusqu'à fin juin. Le malade était faible mais ne souffrait pas. La pigmentation diminua alors rapidement, mais il se sentit mal à l'aise, fatigué, sans force ni courage. Il vit apparaître brusquement une tuméfaction assez considérable, dit-il, au niveau de l'estomac ; la région épigastrique était saillante, l'hypocondre droit élargi. L'abdomen restait normal au-dessous de la tumeur. La douleur était gravative, immobilisant complètement le malade.

Il vomissait souvent, il mangeait et digérait bien la soupe et les légumes ; la viande était mal tolérée, et lui inspirait un tel dégoût qu'il devait sortir lorsqu'il en voyait sur la table.

Cet hiver, la tuméfaction a diminué aussitôt après l'apparition d'une toux quinteuse, accompagnée d'expectoration de bile fractionnée, sans vomique proprement dite.

Depuis six semaines la toux est presque continue. Sans cesse le malade crache par petites gorgées un liquide verdâtre spumeux, souvent très amer. Le sommeil est impossible par l'asphyxie qu'il provoque. Le malade arrive à dormir un peu la tête appuyée contre son lit.

A l'entrée, l'affaiblissement est assez considérable, le malade dit avoir beaucoup maigri ; il présente nettement une teinte subictérique. L'appétit est conservé, pas de troubles digestifs, pas de vomissements, aucune douleur, ni de la région du foie, ni de l'épaule.

*A l'examen.* — Le foie mesure, sur la ligne mamelonnaire, huit travers de doigt de matité. La limite supérieure est sous le mamelon, la limite inférieure dépasse le rebord des fausses côtes ; cette ligne remonte légèrement vers la ligne médiane, mais la zone de

matité est encore assez large vers l'épigastre. Le palper renseigne peu, par suite de la contraction des droits.

La rate est très hypertrophiée, elle donne une grosse matité et soulève les fausses côtes gauches au même degré que le foie soulève les fausses côtes droites. Légère circulation veineuse complémentaire; pas d'ascite.

Aux poumons, on ne note aucune dépression thoracique qui témoigne de la pleurésie ancienne déjà signalée.

L'auscultation du poumon gauche ne donne rien d'anormal. A droite, la respiration se fait bien dans les 4/5 supérieurs, mais dans le 1/5 inférieur environ, il existe une zone de tympanisme en arrière, zone très sonore, qui descend assez bas vers la région lombaire et se prolonge un peu en avant vers la paroi abdominale au-dessous de la zone mate.

Les vibrations sont abolies à ce niveau.

L'auscultation révèle une obscurité respiratoire et quelques râles humides à timbre caverneux.

Ces râles deviennent plus fins vers la colonne vertébrale, et sont perçus assez haut le long du bord droit de cette dernière.

Rien au cœur.

L'expectoration est franchement bilieuse.

On n'y trouve ni pus ni fausses membranes.

Le malade n'a jamais observé dans ses crachats autre chose que de la bile. Pendant un jour ou deux il vit un peu de sang, mais il est très affirmatif sur le fait que jamais il n'y eut de peaux dans le liquide qu'il rejette.

Les urines et les fèces sont normales.

Température 37°5, oscillation de 1° 2° — 39° la veille de l'intervention.

*Intervention.* — A la suite de ces constatations cliniques et dans l'espoir de trouver au niveau de la région tympanique une poche établissant la communication entre le foie et les bronches à la faveur d'adhérences solides, l'incision a été pratiquée en arrière à la base droite, après résection des douzième et onzième côtes.

On est en arrière sur la plèvre. Il n'existait aucune adhérence, aucune trace du trajet soupçonné.

La plèvre a été incisée délibérément, pour créer un pneumothorax susceptible d'amener l'atélectasie du poumon et peut-être l'oblitération de la fistule.

La plaie est laissée couverte, pansée à plat et bourrée de gaze.

Le soir dyspnée intense. Jusqu'à l'orthopnée par instants, diminution considérable de l'expectoration, point de côté violent, température 38°5, sueurs profuses.

Injection de morphine, ballon d'oxygène.

11 mai. — Etat stationnaire.

Amélioration progressive; le jour suivant, signes de bronchite généralisée. Augmentation progressive de l'expectoration bilieuse qui est devenue aussi abondante qu'avant l'intervention. La plaie bourgeonne et suppure, il sort parfois un peu de sang à la suite des efforts de toux.

25 juin. — Le malade, depuis hier soir, a craché du sang en assez grande quantité, il est mêlé à de la bile; le matin l'expectoration est à peine teintée de sang, elle est presque exclusivement bilieuse.

4 juillet. — Le malade quitte le service pour aller passer quelque temps à la campagne. Tous ces jours derniers il a eu à différentes reprises de véritables hémoptysies.

La température a presque toujours oscillé entre 77°5 et 39 degrés.

## OBSERVATION II

(Par Graham, communiquée à la Société de médecine américaine en 1897. *Brit. med. journal.*)

S. H... âgé de trente-trois ans, fabricant de boîtes en carton, marié, père de famille. Tempéré, d'habitudes régulières, pas de maladies vénériennes. Il a eu une indisposition il y a trois ans. Cette crise semble se rattacher à son état actuel. Il fut pris à ce moment, dans la région du foie, d'un point douloureux qui s'irradiait dans le dos, sans ictère. Le traitement employé fut surtout palliatif. Localement, fomentations chaudes et calmantes. Le

malade resta au lit trois semaines, mais la crise ne cessa complètement qu'au bout de six semaines. Il restait toutefois un point douloureux dans la région hépatique. Il se remit complètement et se maintint jusqu'à la maladie qui va nous occuper.

Dans la dernière quinzaine de novembre 1886, il fut pris de toux et de douleur dans la région de l'hypocondre droit, en un point situé à trois travers de doigt de la ligne médiane et un peu au-dessous du rebord des côtes. En même temps apparaissaient les nausées et vomissements. Ces vomissements avaient une couleur jaune verdâtre et duraient jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre, jour où il fut visité pour la première fois par le Dr Stark, médecin de la famille et qui l'avait soigné pendant sa première crise. Son pouls était à 120 degrés. Peau chaude et sèche, facies rouge et anxieux, bouche, nez enduits de matière jaune verdâtre, rejetées avec les vomissements. La nuit précédente avait été agitée. La température ne fut pas prise. Le traitement consista en quinine, acide hydrobromique et teinture de camphre :

3 décembre. — A l'examen de la poitrine, la zone de matité hépatique est augmentée, et on entend un bruit de frottement immédiatement au-dessous du mamelon droit. La douleur en cette région était très vive. De plus, céphalée violente, facies congestionné. P = 140; T = 10. Les vomissements continuaient, constipation, urines colorées. Pendant la soirée, il commença à cracher la bile.

4 décembre. — Le malade crachait de la bile et se plaignait d'une sensation de brûlure dans le côté droit. Il toussait tous les jours plusieurs fois avant de cracher. La bile avait une couleur vert foncé. P = 100. Douleurs moins vives, céphalalgie moins intense. Cet état se maintenait jusqu'au 9 décembre, quand je le vis en consultation avec le Dr Stark. Il était couché dans son lit, la tête et les épaules élevés. P = 108, respiration 22 = 102. Facies rouge, peau légèrement ictérique. Il crachait la bile à courts intervalles. Pendant la visite il cracha plusieurs fois de la bile, que l'on recueillit et qu'on envoya au Dr Mayer aux fins d'analyse. La réponse fut qu'elle contenait de la bile, puis son urine contenait aussi une petite quantité de pigments biliaires.

A l'examen de la poitrine je trouvais la matité hépatique, sur la ligne mamelonnaire droite, haute de six travers de doigt, et un bruit de frottement très net sur la partie antérieure et inférieure de la poitrine. Sur cette surface on entendait aussi des râles muqueux. En arrière du poumon droit, rien d'anormal. Depuis ce jour l'état du malade s'améliora, et les phénomènes (crachats, toux) disparurent dix jours après ma visite, le 19 décembre. Le malade reprit son travail et resta en bonne santé jusqu'au 13 avril. Se promenant en voiture, il se mit à tousser et à expectorer de la bile, le repos fit disparaître les accidents.

21 avril. — Le malade fut soigneusement examiné par le Dr Stark et moi-même, et nous ne constatâmes rien d'anormal.

Pendant dix ans le malade conserva une bonne santé. Il avait des alternatives de diarrhée et de constipation, et ses selles étaient légèrement colorées. Il souffrait aussi d'une démanaison qui n'allait pas jusqu'à lui enlever tout sommeil. Dans la dernière quinzaine de mars 1896, il remarqua que sa peau était devenue ictérique. Le 31 mai, dans la soirée, il fut pris d'un point de côté dans la région de la vésicule biliaire qui empira progressivement, et le lendemain il fut visité par son médecin.

Aussitôt après avoir ressenti ce point, il cracha un liquide verdâtre qui, ce n'est pas douteux, était composé en grande partie par de la bile. Le malade se remit au bout de deux semaines après que ses urines eussent présenté une teinte rouge. Vers le milieu de juillet 1896 le gros orteil droit enfla et devint douloureux. La douleur et l'enflure gagnèrent rapidement la jambe. Puis, deux semaines après, l'articulation de l'épaule enfla et resta dans cet état trois ou quatre semaines. Depuis, il n'a pas eu de crises de rhumatisme. Il continua à cracher la bile depuis le 31 mai jusqu'au 22 novembre, avec des intermittences. Quand les crachats bilieux disparaissaient, la peau devenait jaune.

22 novembre 1896. — Tube digestif et langue recouverts d'un enduit vert jaunâtre. Appétit bon. Digestions faciles. Selles un peu verdâtres. A l'examen physique, l'abdomen était légèrement tympanisé, le foie considérablement augmenté de volume.

Le malade se plaignait à la fois de points dans la région de la vésicule biliaire.

Système respiratoire. — Quintes de toux violentes. Crachats contenant de la bile, du mucus, mais pas de pus. Poitrine normale, vibrations légèrement exagérées. La matité s'étendait en avant de deux ou trois travers de doigt au-dessous de la limite normale entre la ligne axillaire et le sternum. Des râles de plusieurs sortes étaient entendus à droite; depuis la ligne axillaire jusqu'au sternum. Un bruit de frottement rude était entendu en avant. L'impression qui ressortait de l'examen physique était que la portion du poumon comprise en avant, entre la ligne axillaire et le sternum, était probablement la partie que traversait la fistule.

Urines ne contenaient pas de sucre, pas d'albumine, mais des pigments biliaires en grande quantité.

12 novembre. — Le malade fut examiné par les Drs Teskez, Hout, Stark et moi-même. Quelques jours après les crachements de bile cessèrent, mais l'ictérie augmenta.

Décembre et janvier. — Le malade se remit à cracher de la bile comme pendant les six mois précédents. La quantité crachée en vingt-quatre heures variait entre 1 et 2 pintes. La réaction de Gmelin était très nette. La santé du malade avait décliné et, en décembre, il était bien faible. A la consultation du 12 novembre, une opération fut proposée pour rendre à la bile sa voie naturelle. Le patient se décida à l'opération, et le 26 janvier le Dr Iwetmam l'opéra; c'est à lui que je dois les notes suivantes :

*Intervention.* — L'incision abdominale, longue de 6 pouces, fut faite à droite et suivant une ligne demi-circulaire. Les muscles étaient infiltrés; le péritoine était congestionné, et l'intestin distendu et adhérent. Le fond de la vésicule biliaire fut découvert et son contenu aspiré. Les canaux cholédoque, hépatique et cystique étaient distendus. La vésicule biliaire était profondément située et le malade toussait fréquemment, aussi était-il difficile de fixer la vésicule biliaire à la paroi abdominale. En présence de la distension et de l'adhérence des anses intestinales et

la prédisposition du malade aux hémorragies, il fut décidé qu'on ne détruirait pas les adhérences, et qu'on n'inciserait pas les canaux hépatique et cystique, parce qu'on serait obligé de laisser une plaie abdominale béante pour le drainage, condition éminemment favorable pour l'éventration.

On se décida à faire la cholécysto-entérostomie, et c'est l'opération que l'on pratiqua. Le malade mourut, le vingtième jour après l'opération, d'hémorragies nasale, stomachale, et d'hémorragies provenant aussi de la plaie opératoire. Pendant les trois premiers jours le malade cracha de grandes quantités de bile, mais la quantité diminua progressivement; le sixième jour il cracha une matière d'odeur nauséabonde, cependant l'analyse démontra que ce n'était pas des matières fécales. Le malade eut des hémoptysies qui ne firent qu'augmenter de quantité, et le vingtième jour il mourait, après avoir présenté une teinte subictérique intense. L'autopsie ne fut pas pratiquée; mais on avait trouvé, peu de jours avant la mort, des signes de pneumonie.

### OBSERVATION III

(Présentée par Graham, dans la même séance où fut présentée la précédente.)

Le malade est un jeune homme âgé de vingt-cinq ans, ayant joui d'une bonne santé jusqu'à ce jour. On ne notait dans ses antécédents ni colique hépatique, ni syphilis, ni tuberculose. Le 28 janvier 1897 il reçut un coup de pied de cheval. On constatait une large ecchymose sur le cartillage des 5, 6, 7, 8<sup>e</sup> côtes. Il ressentit immédiatement un violent point de côté au-dessous de la partie contusionnée et dans l'épaule droite. Il marcha cependant jusque chez lui et sa souffrance alla plutôt en augmentant. Le Dr Thomson arriva environ quatre heures après l'accident, et trouva le malade en proie à une douleur très violente dans la région hépatique et dans l'épaule droite. L'estomac était très dilaté, et il avait de fréquentes éructations qui semblaient

calmer la douleur. En même temps il expectora du mucus teinté de sang.

On lui fit une injection de morphine, le lendemain il se déclara une pneumonie dans le lobe inférieur du poumon droit. Au bout d'une semaine l'inflammation disparut et il se forma une pleurésie. Le malade commença à cracher de la bile le 15 février. La quantité était petite d'abord et le malade était obligé de tousser plusieurs fois. Plus tard, il en cracha de plus grandes quantités et avec moins d'efforts. La quantité de bile et de mucus expectorée en vingt-quatre heures ne dépassait jamais une pinte. Le 13 février la plèvre droite fut ponctionnée, et on en retira environ une pinte et demie de bile mêlée à du sérum et à du pus. Le lendemain on fit une ouverture et on draina. Pendant quelque temps ce mélange de bile et de pus s'écoula à travers le drain, mais après une semaine la couleur verdâtre disparut.

L'expectoration de bile cessa après l'opération. L'ictère ne reparut pas après l'opération.

La température retomba à la normale, s'éleva légèrement pendant une semaine, puis se mit à monter. A la même époque, la zone de matité augmenta dans la région hépatique, et on retira par la ponction environ une pinte de bile mêlée de mucus.

2 mars. — On décida une nouvelle intervention. Une incision oblique fut faite entre la ligne axillaire postérieure et la ligne axillaire antérieure, et des portions des 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> côtes furent réséquées. Un second drain fut introduit directement au-dessous du premier qui laissa passer du mucus et de la bile. Après la deuxième opération, les selles se décolorèrent. Le malade fut visité le 8 avril. Il était pâle, émacié, et ne s'asseyait qu'avec difficulté. Quand il reposait, il ne se plaignait pas. La portion postérieure de la moitié droite de la poitrine ne présentait rien d'anormal, sauf cependant que la sonorité pulmonaire ne s'étendait que jusqu'au 9<sup>e</sup> espace sur la partie antérieure; la sonorité était normale jusqu'à la 4<sup>e</sup> côte, matité absolue entre la 4<sup>e</sup> et la 6<sup>e</sup>. Au-dessous de la 6<sup>e</sup> et jusqu'au rebord des fausses côtes, on notait du tympanisme. La sonorité du côté

droit circonscrivait un espace semblable à l'espace qui, à gauche, est désigné sous le nom d'espace de Traube.

L'ouverture supérieure livrait passage à une petite quantité de pus, l'ouverture inférieure à un liquide de couleur verdâtre.

Les deux ouvertures ne communiquaient pas entre elles, car le liquide injecté par l'une ne ressortait pas par l'autre.

La bile s'écoula à travers les bronches, la cavité.

Après la deuxième opération, le docteur Thomson remarqua que le malade souffrait d'une vive douleur à l'épaule droite; il introduisit le doigt à travers l'ouverture inférieure, et il remarqua aussi que la bile s'écoulait en plus grande quantité quand on administrait au malade du calomel.

Le malade va en s'améliorant. La bile passe largement dans l'intestin et les selles ont repris la couleur normale.

Le malade crache très peu de bile et il s'en écoule très peu à travers l'orifice inférieur.

En même temps qu'il faisait la communication rapportée précédemment, Graham citait plusieurs cas que nous ne ferons qu'analyser.

*Courvoisier* cite 24 cas auxquels Graham en joint 9, plus 1 cité par Barth, en tout 34 cas. Des 24 cas de Courvoisier, 8 guérissent.

2 cas ont une cause inconnue, canal hépatique; 1 cas eut pour cause l'obstruction de l'hépatique par un calcul.

Dans 1 cas on trouva des hydatides sans abcès, dans 2 cas on trouva des hydatides avec du pus, dans les 18 cas qui restent, la mort survint, et, à l'autopsie, on trouva des échinocoques dans 6 cas, dans 2 cas on trouva des ascariides.

Les 10 autres se rattachent à la lithiase biliaire.

Dans tous ces cas, il n'y avait pas d'épanchement pleurétique.

*Cas de Bristow.* — Malade âgé de soixante-douze ans, présentant un ictère intense et d'autres symptômes hépatiques.

Quelques jours avant la mort, crachats remplis de bile. A l'autopsie, partie inférieure du poumon droit adhérent au diaphragme, fistule traversant le diaphragme et s'ouvrant dans la bronche droite, cholédoque obstrué par un calcul, dilatation, suppuration, destruction des canaux biliaires. Cavités dans le foie comparables à des œufs de poule et situées sur la face convexe du foie.

*Cas de Gaston.* — Homme, cinquante ans. Symptômes de rétention biliaire, crachements persistants de bile.

Mort. — Autopsie : cholédoque complètement obstrué, fistule partant de la vésicule, passant dans le parenchyme hépatique, traversant le diaphragme et s'ouvrant dans le poumon.

*Cas de Corter.* — Femme, soixante-dix ans. Crises de colique hépatique souvent répétées, crachement de bile pendant longtemps, mort sans autopsie.

*Cas d'Adam.* — Homme, soixante-dix ans. Ictère sans crise revenant toutes les semaines pendant six ans. Point douloureux subit dans l'hypocondre droit. Le point se calme, et les crachements de bile apparaissent et durent très longtemps. Après une amélioration de courte durée, les symptômes revinrent plus violents et la mort survint par pneumonie (pas d'autopsie).

*Cas de Calvée.* — Un général atteint de malaria — douleur subite dans l'hypocondre, crachements de bile et, de plus, de calculs biliaires de petites dimensions. Abscess et fistule.

*Cas de Macdonald.* — Homme, quarante-neuf ans, syphilitique, commence à cracher de la bile du 15 mars au 15 juin; le 15 juin, expectoration de petits calculs de la grosseur d'un petit pois. Guérison.

*Graham* cite encore deux cas de guérison obtenue sans opération, le cas de Visserung et celui de Cattani.

#### OBSERVATION IV

*Cas d'abcès du foie s'ouvrant dans le poumon et ponctionné ensuite, guérison par Ward (Lancet, 25 janvier, 1873).*

Homme de trente-quatre ans, marié, fut atteint aux colonies de dysenterie très grave, puis de fièvre jaune il y a deux ans. Depuis quelques mois il se plaint de douleurs très vives de l'hypocondre droit et de l'épaule du même côté. Plus tard il toussa et expectora une matière purulente de couleur rouge brique, en petite quantité d'abord, puis sous forme de vomiques. A son entrée à l'hôpital, en août 187 , on constate chez lui un état cachectique assez avancé et en même temps de la fièvre hectique. A l'examen du côté droit, on trouve une matité considérable en haut et en avant jusqu'au quatrième espace intercostal, jusqu'au creux axillaire sur le côté, et en arrière jusqu'au milieu de l'omoplate et descendant jusqu'au dessous des fausses côtes. A l'auscultation on entend des râles crépitants et sous-crépitaants; la palpation montre une vibration assez considérable de ce côté. L'expectoration présente le caractère que j'ai dit plus haut, l'abcès commence à pointer entre les espaces intercostaux, et on se décide à ouvrir cette collection à 1 pouce et demi en dehors du mamelon. Cette ouverture donne issue à une matière purulente et légèrement rougeâtre, en assez grande abondance. Les forces revinrent rapidement, l'état général s'améliora assez vite et le malade finit par se rétablir.

L'auteur rappelle que Budd a déjà attiré l'attention sur cette expectoration rougeâtre, qu'il regardait comme caractéristique dans l'abcès du foie s'ouvrant dans le poumon, mais il pense que ce signe n'a pas toujours une valeur aussi infaillible.

OBSERVATION V

(Par Westphalen, *Deutscher Archiv für klinische Medicin*,  
IX<sup>e</sup> vol., 2<sup>e</sup> partie.)

*Cas de fistule biliaire.*

X..., âgé de trente-deux ans, entré le 1<sup>er</sup> mai 1872 à l'hôpital de Kiel. Il ressent depuis quelques semaines de la douleur dans le côté droit, il a de la dyspnée et de la fièvre. Depuis deux mois il a présenté un léger ictère des téguments avec décoloration des fèces, le 27 avril il a eu une vomique, et depuis il expectore chaque jour une quantité considérable de pus. La plèvre droite est le siège d'un épanchement qui remonte jusqu'au niveau de la cinquième vertèbre dorsale; le malade est cyanosé, il y a menace d'asphyxie par le pus qui arrive en masse dans la bouche; on fait dès le lendemain l'opération de l'empyème, l'incision pratiquée dans le cinquième espace intercostal donne issue à environ 400 grammes de pus fétide. On fait du lavage de la cavité pleurale avec de l'eau légèrement salée: les crachats renferment d'abord un peu de sang mêlé en pus, mais dès le troisième jour ils perdent complètement leur caractère purulent, le liquide qui s'écoule par la plaie cesse d'être fétide et prend une coloration jaunâtre de plus en plus prononcée en même temps qu'il devient plus limpide. On fixe dans la plaie un tube en caoutchouc, de manière à pouvoir recueillir tout le liquide; il présente bientôt tous les caractères de la bile, les fèces sont complètement décolorées, il n'y a pas trace d'ictère; l'état s'améliore rapidement, la fièvre diminue. Le 30 mai, après l'administration d'un purgatif salé, la matière colorante de la bile reparait en petite quantité dans les fèces, et le même jour on remarque une diminution dans la quantité de liquide éliminé par la fistule, le 3 juin, le tube s'oblitére; l'écoulement cesse pendant douze heures environ; lorsqu'il se rétablit, on constate que le liquide a un poids

spécifique beaucoup plus élevé qu'auparavant et qu'il renferme une quantité d'éléments presque double. Le même jour, le malade rend des matières colorées par la bile. Il est dès lors établi que ce liquide peut suivre ses voies d'excrétion naturelles, et que par conséquent la guérison de la fistule peut être espérée.

En effet, le 10 juin on bouche l'orifice fistuleux et aussitôt les selles reprennent leur coloration normale; aucun accident n'est survenu depuis, et l'on a obtenu au bout de peu de temps la cicatrisation de la petite plaie.

#### OBSERVATION VI

(Rapportée par Nermord dans sa thèse inaugurale, Paris 1899.)

*Lithiasc biliaire. — Attaques de coliques hépatiques répétées. — Obstruction des canaux biliaires principaux : dilatation consécutive de ces canaux. — Cirrhose hypertrophique biliaire. — Infection biliaire. — Angiocholite suppurée. — Abscès biliaire ouvert à travers le diaphragme dans les bronches. — Fistule biliaire hépatobronchique, persistante. — Insuffisance hépatique. — Mort.*

La nommée B. (Léa), femme de ménage, âgée de cinquante ans, entre le 13 avril 1891, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Martine, n° 24, dans le service de M. le Dr Lancereaux.

Antécédents héréditaires : Père toujours bien portant, mort à soixante-neuf ans de maladie inconnue. Mère morte à trente-quatre ans, de suites de couches, deux frères morts en bas âge.

Mari alcoolique, mort enflé (?)

Antécédents personnels : Scarlatine à dix ans. Angine à dix-sept ans. A toujours été bien réglée; ne perdait pas en blanc. Trois grossesses, couches faciles, pas de fausses couches, ni migraines, ni épistaxis, ni varices, ni rhumatismes, ni hémorroïdes.

La malade s'est toujours bien portée jusqu'en 1883 (elle avait

alors 42 ans). A cette époque, en soignant son mari, elle est prise tout à coup d'un refroidissement, se met à frissonner, puis vomit de la bile (une cuvette environ). Immédiatement après, elle ressent une douleur très vive, continue, localisée dans l'hypocondre droit, et si intense qu'elle ne pouvait rien supporter sur cette région, pas même un drap.

Elle s'aperçoit, le soir, qu'elle est devenue toute jaune et que ses matières fécales sont décolorées, blanches. Cette douleur vive persiste pendant quatre à cinq jours, mais disparaît à la suite de purgatifs; alors son teint pâlit, ses fèces reprennent leur coloration normale, elle reste faible pendant trois à quatre semaines et son appétit revient peu à peu.

La malade nous raconte que depuis huit ans elle a tous les ans, pendant deux à trois jours, une douleur très vive dans l'hypocondre droit, douleur accompagnée d'une teinte subictérique de la peau et de la décoloration des matières fécales; mais, raconte-t-elle, le tout disparaît promptement et elle peut alors reprendre son travail.

En octobre 1890, nouvelles douleurs dans l'hypocondre droit, mais moins vives que les autres fois. La malade devient jaune, les matières sont tantôt décolorées, tantôt normales. L'appétit est conservé, mais les forces ont beaucoup diminué, et l'amaigrissement s'accroît.

Du mois d'octobre au 13 mars dernier, elle conserve une teinte subictérique et une douleur sourde dans l'hypocondre droit. Elle peut toutefois continuer son travail, mais elle perd de plus en plus ses forces et s'amaigrit tous les jours.

13 mars vers 3 heures de l'après-midi, la malade est prise de frissons, d'envies de vomir (rend seulement quelques gorgées d'eau). Douleur très vive dans la région hépatique, les fèces sont de nouveau décolorées. Depuis deux à trois jours, elle s'était aperçue qu'elle devenait plus jaune.

14 mars.— Elle se trouve mieux, la douleur a presque disparu et le teint commence à pâlir.

Mais le 21 mars elle constate qu'elle a le ventre enflé ainsi que les jambes et les pieds. Elle garde le lit jusqu'au 30 mars,

gênée seulement par le ballonnement du ventre et l'œdème des membres inférieurs.

Régime lacté. Notre malade n'a jamais eu la moindre hémorragie.

13 avril.— Se trouvant très affaiblie, et l'ascite augmentant tous les jours, elle se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel.— Femme très amaigrie; les yeux sont légèrement excavés, le teint est jaunâtre; la voix est faible, mais l'intelligence est bien conservée.

Ascite remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Sensation de flot. Dilatation veineuse des deux côtés de l'abdomen. Le foie déborde d'un fort travers de doigt le rebord des fausses côtes et remonte à deux travers de doigt au-dessus du mamelon.

Plaques psoriasiformes au coude gauche et aux genoux.

Rate volumineuse.

Cœur normal.

Traitement: Régime lacté.

17 avril.— La malade a expectoré pendant la journée d'hier et pendant la nuit des crachats muqueux, mousseux, légèrement jaunâtres.

18 avril.— Elle a craché une cuvette environ d'un liquide verdâtre, légèrement épais, filant, et sur lequel surnage une mousse jaunâtre. Elle a rendu ce liquide après avoir toussé, et par gorgées.

Elle est bien sûre qu'elle ne l'a pas vomé. Quantité 1200 grammes. Les matières fécales sont tout à fait décolorées. Pigment biliaire dans l'urine.

Suppression du régime lacté. Potion de Todol. Une ponction faite au niveau de la face convexe du foie n'a ramené qu'un peu de sang.

19 avril.— Elle a toussé presque toute la journée et la nuit; à la suite de la toux, crachats bilieux analogues à ceux de la veille. 1000 grammes environ. Notre malade se trouve très fatiguée par la toux. Sa bouche est sèche et très amère.

A l'auscultation, râles muqueux dans les deux tiers inférieurs du poumon droit.

20 avril. — Toux opiniâtre pendant la nuit. Crachats épais, verdâtres, entremêlés de mucus et de quelques filets de sang, 700 grammes.

21 avril. — Toux continuelle, mais surtout par quintes, survenant quelquefois immédiatement après avoir mangé, parfois cinq à six heures après. C'est à la suite de ces quintes qu'elle expectore une gorgée de liquide bilieux.

22 avril. — Crachats moins abondants que la veille, mais plus épais et adhérent légèrement au vase. La nuit a été bonne.

23 avril. — A rendu 300 grammes environ de liquide bilieux semblable à celui des jours précédents.

24 avril. — 300 grammes.

25 avril. — 250 grammes.

26 avril. — Même quantité que la veille. Pendant ces derniers jours elle se trouve mieux et les quintes de toux sont moins fréquentes.

27 avril. — La nuit a été bonne. Toux rare, pas d'expectoration.

28 avril. — Pas d'expectoration. Ponction abdominale. On retire 9 litres d'un liquide légèrement verdâtre, non albumineux.

29 avril. — La malade s'est trouvée bien soulagée par la ponction. Moins d'oppression. Nuit bonne. Pas de crachats bilieux.

30 avril. — Nuit mauvaise. Quintes de toux et expectoration de 200 grammes de liquides bilieux.

2 mai. — A craché, à la suite de quintes de toux, un liquide bilieux très épais, vert foncé, et sur lequel surnagent quelques crachats nummulaires. La malade se trouve bien fatiguée.

3 mai. — A toussé une bonne partie de la nuit; l'expectoration est plus abondante que les jours précédents, 500 grammes.

5 mai. — Les crachats sont aujourd'hui très épais, adhérent fortement au vase; la malade a grand peine à les rendre. Elle se plaint de souffrir beaucoup depuis hier dans l'hypocondre droit, douleur très vive, paroxystique, irradiant vers l'épaule droite. Elle se trouve très oppressée, perd de plus en plus ses forces, et

répond difficilement aux questions qu'on lui pose, car le moindre mouvement est une cause de fatigue. Une ponction, faite en arrière avec une longue aiguille, est négative. Mais une autre ponction pratiquée au-dessous du sein droit, donne issue à un liquide légèrement verdâtre contenant des pigments biliaires.

6 mai. — L'oppression a beaucoup augmenté. Gémissements toute la nuit. Insomnie. Elle n'a plus la force de cracher.

Ce matin, la malade a les yeux excavés, le nez est effilé, les pommettes sont creuses; les dents sont recouvertes d'une matière brunâtre; les lèvres sont fendillées et sèches, la langue rôtie, sèche. Assise sur son lit, elle fait beaucoup d'efforts pour avoir sa respiration, pousse des gémissements et ne répond plus aux questions qu'on lui pose. Le pouls est faible, à peine perceptible. Morte vers 10 heures du matin.

N. B. — Pendant son séjour à l'hôpital, ses matières fécales ont été continuellement décolorées.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort : Cadavre très émacié. Tout le tégument externe est ictérique (jaune citron); extrémités inférieures œdématiées. Ni purpura, ni ecchymose. Il s'écoule de la bouche et du nez, un liquide verdâtre biliaire.

*Cavité abdominale.* — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité (5 à 6 litres environ) d'un liquide légèrement teinté en jaune par la bile et qui tient en suspension de petits flocons blanchâtres. La séreuse péritonéale est comme lavée, non injectée. Le grand épiploon, revenu sur lui-même, est verdâtre, infiltré de bile.

Les anses intestinales sont distendues par des gaz et contiennent des matières décolorées.

L'estomac est rétracté. Les plis de la muqueuse sont très accusés. Pas d'ecchymose, pas d'ulcération. Mésentère non surchargé de graisse. Pancréas hypertrophié, très dur, scléreux. Le canal de Wirsung, non dilaté, est ouvert dans toute son étendue. Il s'ouvre librement dans l'intestin.

Rate grosse (450 grammes), mesure 20 centimètres verticalement, 12 centimètres transversalement. Pas de périsplénite. Adhérence intime de la queue du pancréas à la rate.

Le parenchyme a sa consistance normale. Pas d'abcès ni d'infarctus (mise en culture du suc splénique).

Reins de volume et de consistance ordinaires, très peu colorés par la bile.

*Ovaires.* — L'ovaire droit blanchâtre, scléreux, présente dans son épaisseur une masse jaunâtre demi-molle semblable à du beurre. Au-dessous, dans l'épaisseur du ligament large, siège un kyste du volume d'une orange. Il renferme une masse caséeuse blanchâtre et des poils. En un point est une masse, grosse comme un pois, qui sera examinée ultérieurement. C'est là, sans doute, le vestige de l'inclusion fœtale. L'ovaire gauche est également blanchâtre et très dur.

Utérus normal.

Foie augmenté de volume. Il mesure 25 centimètres verticalement. Le diaphragme n'adhère en aucun point de son bord antérieur et de sa face supérieure.

Le parenchyme, dur, ne se laisse pas perforer avec le doigt. La surface est légèrement inégale, granuleuse, teintée en vert. Cet organe est enlevé avec le poumon droit et le duodénum, afin de conserver les rapports de ces divers organes entre eux et de mettre en évidence la fistule biliaire hépato-bronchique.

Les canaux biliaires extra et intra-hépatiques sont énormément distendus, bourrés de calculs biliaires.

Le canal cholédoque atteint le volume de l'intestin grêle. Son orifice intestinal est oblitéré par un volumineux calcul.

La pression de ce canal ne fait sourdre aucune goutte de liquide dans l'ampoule de Vater.

La vésicule biliaire, revenue sur elle-même, adhère au duodénum par son fond ; elle contient des calculs biliaires avec très peu de bile. Cette bile est recueillie avec toutes les précautions nécessaires pour les examens bactériologiques.

A la coupe, le parenchyme hépatique apparaît granuleux, verdâtre. Tous les canaux biliaires sont dilatés, remplis de calculs en quantité considérable.

On dirait véritablement que l'on a pratiqué dans ces canaux une injection solidifiée qui s'est fragmentée. Ces calculs nagent

dans un liquide purulent verdâtre. Le lobe gauche, diminué de volume, est parcouru par de gros vaisseaux biliaires, remplis de pus et de sable biliaire.

A mesure que l'on approche du hile hépatique, les voies biliaires présentent des dimensions de plus en plus accusées. Les unes acquièrent le volume du cholédoque normal, les autres atteignent ou dépassent même trois ou quatre fois ses dimensions. L'accumulation des graviers et des calculs s'accuse aussi de plus en plus.

Pour arriver sur le trajet fistuleux hépato-bronchique, on incise la trachée et les ramifications bronchiques droites, qui sont remplies de bile claire, transparente, vert bouteille. Cette dissection nous mène au niveau du bord postérieur du foie, dans le sinus costo-diaphragmatique. Là, le foie, le diaphragme, la plèvre diaphragmatique et la base pulmonaire droite adhèrent de la façon la plus intime entre eux.

En suivant les divisions bronchiques, on arrive enfin à un foyer situé, comme nous l'avons vu, en arrière, sur le bord postérieur du foie. Ce foyer, du volume d'une mandarine, a ses parois irrégulières, il est aplati de haut en bas, anfractueux, et contient un liquide verdâtre, mélangé de pus et de bile.

La paroi supérieure est formée par le diaphragme soudé à la plèvre et au poumon, la paroi inférieure par le tissu hépatique même.

Quoique l'ouverture de ce foyer ait été aussi large que possible, il a été impossible de trouver l'orifice biliaire du trajet fistuleux. Une incision perpendiculaire, pratiquée en plein parenchyme, au niveau de la paroi inférieure du foyer, fait voir au-dessous de la capsule de Glisson, plusieurs grosses dilatations biliaires remplies d'un pus verdâtre et de graviers.

Cavité thoracique. — Léger épanchement d'un liquide séreux, limpide, dans la plèvre gauche.

A droite, épanchement plus considérable constitué par un liquide jaunâtre mais limpide.

Le poumon droit est adhérent au diaphragme en arrière. Son bord antérieur est affaissé. Les lobes inférieur et moyen sont

soudés entre eux et, au niveau de la lèvre antérieure, apparaît une traînée purulente, blanc verdâtre.

Toutes les ramifications bronchiques sont remplies de bile verte.

Poumon gauche assez congestionné. Pas de tuberculose ; ni infarctus, ni abcès. Les ramifications bronchiques ne contiennent qu'un mucus non teinté par la bile.

*Péricarde.* — Ne renferme pas de liquide, non adhérent.

*Cœur.* — Le ventricule gauche a ses parois hypertrophiées. Elles mesurent 3 centimètres à leur partie moyenne. La cavité n'est pas augmentée de volume. Valvule mitrale souple, non indurée. Valvules sigmoïdes suffisantes, pas d'athérome de l'aorte.

Ventricule droit surchargé de graisse, mou, dilaté ; valvules tricuspide et pulmonaire normales.

Cavité crânienne. — Centres nerveux, pas de lésions, os mous. friables. Muscles décolorés, amaigris.

## OBSERVATION VII

(Mandard, thèse doct. Paris, 1854.)

### *Des calculs biliaires.*

Le nommé X..., âgé de soixante-dix ans, ancien sous-officier de l'Empire, homme d'une forte constitution, tomba malade dans le courant du mois de novembre 1849. Depuis quelque temps déjà, il se plaignait de douleurs vagues et irrégulières à la base de la poitrine, lorsqu'il fut pris de fièvre, de dyspnée, de toux, de douleur vive dans la région thoracique droite.

On diagnostiqua une pneumonie de la base. La maladie ne suivit pas une marche régulière, et au lieu de se terminer par résolution, passa à l'état chronique. Il y eut une expectoration abondante de crachats purulents qui firent croire à un abcès du poumon ; mais les crachats prirent bientôt d'autres caractères :

ils devinrent bruns, verts, puis tout à fait bilieux ; en même temps, la quantité de liquide expectoré s'accrut sensiblement ; les quintes de toux amenaient des flots de bile. L'auscultation faisait percevoir à la base du poumon tous les signes d'une caverne.

Le malade s'affaiblit de plus en plus, et succomba dans les premiers jours du mois d'avril 1850.

A l'autopsie, le cadavre était d'une maigreur extrême ; le foie n'était pas augmenté de volume ; un petit abcès, gros comme un dé à coudre, occupait son bord antérieur. Le péritoine présentait dans la région du foie des brides celluluses anciennes ; la vésicule était fixée au diaphragme par toute l'étendue de son fond ; elle était plus volumineuse qu'à l'état normal, ses parois étaient épaissies ; lorsqu'on l'eut incisée, on reconnut qu'elle communiquait par une ouverture arrondie avec la cavité thoracique. Le poumon droit avait sa base complètement adhérente au diaphragme ; ses deux lobes supérieurs étaient sains ; dans le lobe inférieur on trouva une cavité ayant le volume de deux noix, irrégulière, anfractueuse, à parois indurées, qui communiquait inférieurement avec la vésicule, et dont le sommet se continuait même avec une grosse bronche, par une ouverture très distincte.

Dans l'intérieur du cloaque formé par la vésicule et cette cavité, on trouva des calculs nombreux, les uns dans la vésicule les autres dans le poumon, qui baignaient dans un mélange formé de bile et de pus ; enfin, à la partie la plus déclive était une espèce de boue formée par des graviers très nombreux et très fins qui auraient bien pu remplir une cuiller à café. Les canaux biliaires étaient parfaitement intacts.

OBSERVATION VIII

(Lue à la Société médicale des hôpitaux, par le Dr Laboulbène,  
le 13 août 1875.)

*Fistule hépato-bronchique chez un homme de quarante-six ans,  
alcoolique. — Début très brusque; hypertrophie du foie;  
guérison spontanée.*

B... H..., âgé de quarante-six ans, brossier, entré le 14 mars 1875 à l'hôpital Necker, salle Saint-André, n° 2, sorti le 1<sup>er</sup> mai.

B... vient à la consultation de l'hôpital le 14 mars, en disant que depuis le mois d'octobre dernier il crache de la bile. Cet homme paraît fort et bien constitué; il est admis de suite.

*Antécédents héréditaires.* — Les parents de B... n'ont été atteints d'aucune diathèse; son père est mort de vieillesse; sa mère, en 1832, du choléra. En 1853, il s'est marié. Aujourd'hui il a deux fils: l'un âgé de vingt et un ans, l'autre de dix-huit; tous deux robustes et jouissant d'une bonne santé.

B... a, en outre, deux sœurs et un frère qui se portent parfaitement bien.

*Antécédents hygiéniques.* — B... n'a jamais été dans la misère. Ouvrier, il a toujours gagné suffisamment pour vivre d'une manière assez confortable. Il avoue qu'il a l'habitude de boire un peu trop de vin; il croit qu'il en boirait bien 5 ou 6 litres sans se griser. Jamais il ne prend d'eau-de-vie.

*Antécédents pathologiques.* — La santé de B... a toujours été excellente. Pas de syphilis. Jamais il n'a eu de fièvres intermittentes, jamais de jaunisse, jamais de coliques hépatiques. Il est difficile de savoir positivement la cause de la maladie actuelle. B... a été atteint d'une double cataracte; les troubles de la vision commencèrent il y a trois ans; la double opération, faite il y a deux ans, a parfaitement réussi.

*Maladie actuelle.* — Le 4 octobre dernier, B... se trouvait à Chartres ; en ce moment, il était en parfaite santé.

Pendant la journée, il but une grande quantité de bière. Le lendemain, en toussant, sans grands efforts, il expulsa des crachats verdâtres, et, en même temps, il commençait à ressentir dans la bouche un goût d'amertume très désagréable ; il remarquait de plus que sa langue était jaune. B... est un homme fort intelligent, répondant très bien à toutes les questions qu'on lui pose, et il est impossible d'avoir d'autres renseignements sur sa maladie. Jamais il n'a vomi de pus, jamais de liquide ou de membranes pouvant faire soupçonner l'ouverture d'un kyste hydatique du foie dans les bronches.

Depuis le 4 octobre, l'expectoration verte a continué, elle n'a jamais été fétide ; d'ailleurs l'appétit n'a pas diminué.

B... n'a rien remarqué d'anormal dans ses selles. Les déjections alvines n'ont jamais été décolorées. Quant aux crachats, ils ont toujours présenté la même teinte caractéristique.

Les nuits ont souvent été mauvaises, le besoin de tousser empêchant le sommeil. Quand le malade dort un peu, il rêve, et ses rêves présentent les caractères spéciaux de ceux des alcooliques : il se croit poursuivi par des animaux, chiens ou chats, il lui semble tomber dans l'eau ou être pris sous un mur qui s'écroule, etc...

Les aliments sont ingérés en conservant leur goût. Pendant les repas, B... a continué à cracher souvent de la bile, mais il ne rend pas ses aliments. D'après le malade, l'expectoration serait plus abondante quelque temps après les repas. État au moment de l'entrée à l'hôpital, le 15 mars. Au premier abord, B... présente toutes les apparences de la santé ; il a même un certain degré d'embonpoint. Tous ses organes, examinés avec soin, paraissent sains. L'auscultation du cœur ne révèle aucun bruit anormal. A peine trouve-t-on quelques râles disséminés dans les deux poumons. La palpation et la percussion du foie montrent une hypertrophie nette. La matité commence à deux travers de doigt au-dessous du mamelon ; en bas, le foie déborde les fausses côtes de quatre larges travers de doigt, et il affleure

l'ombilic. L'urine rendue depuis hier s'élève de 600 à 700 grammes, elle a une teinte acajou.

Le crachoir est rempli d'un liquide vert jaunâtre, non spumeux, sans mauvaise odeur, présentant absolument l'aspect de la bile. Dans ce liquide nagent quelques crachats muqueux, non teintés en vert. Le poulx est ample et plein. Température axillaire 36 degrés. P = 72, R = 20. Prescription: Eau de Vichy, julep diacodé, quatre portions d'aliments. Eau de Sedlitz pour le lendemain matin.

16 mars. — Urines 600 grammes, présentant la même teinte qu'hier. Même expectoration non spumeuse, non fétide. Le liquide a été examiné par M. Méhu. On a constaté la présence de la bile mêlée à une certaine quantité de mucus. Le malade a été à la selle : matières moulées, verdâtres, couleur d'épinards cuits. La nuit a été bonne. La langue est ocreuse, comme si on l'avait badigeonnée avec de la teinture d'iode.

M. Laboulbène ausculte de nouveau et avec un grand soin le malade ; aujourd'hui, il entend dans un point limité à la partie moyenne de la base du poumon droit, des râles nombreux, muqueux, à grosses bulles et à bulles moyennes. En même temps, la percussion, dans cet endroit précis, donne un son un peu plus obscur que du côté opposé. Toutes les personnes suivant la visite constatent nettement l'existence de ces râles muqueux.

Pendant qu'on l'examine, le malade est pris d'une quinte de toux, et, sans grands efforts, il rend quelques crachats bilieux. Au même moment, les râles disparaissent presque complètement.

Le même examen, qui a été renouvelé plusieurs fois dans la matinée, donne les mêmes résultats : râles à grosses bulles, vers le milieu de la base du poumon droit, dans un point circonscrit, disparaissant quand le malade a toussé, et rendu sans efforts une petite quantité de bile. La veille, l'auscultation avait été sans doute pratiquée après une quinte de toux, et les râles n'avaient pas été entendus.

Aujourd'hui, le résultat est bien net, et les signes fournis par l'auscultation sont absolument caractéristiques. Pour

M. Laboulbène, le malade est atteint d'une fistule hépato-bronchique, il y a évidemment là une communication directe entre le foie, un canal biliaire d'un certain volume et les bronches. Si le fait est certain, l'explication est plus difficile, les antécédents faisant, comme le chef de service le fait remarquer, absolument défaut.

La quantité de l'expectoration fait supposer que la communication est établie avec des canaux biliaires d'un certain volume. Il n'est pas probable que la fistule ait intéressé la vésicule biliaire ; en effet, les râles sont entendus en arrière seulement. La lésion doit siéger près du bord postérieur du foie.

17 mars — Urine, 1 litre et demi, moins foncée. Un demi-crachoir est rempli de crachats bilieux, rendus surtout le matin, car l'expectoration de la journée est moins abondante.

L'état général est très bon. Le malade a bon appétit. Son sommeil seul est troublé par le besoin de tousser.

18 mars. — 1 litre d'urine. Même état que les jours précédents. Le foie a diminué de volume.

20 mars. — Les signes fournis par l'auscultation de la poitrine sont exactement les mêmes : râles à la base du poumon droit, disparaissant par la toux et l'expectoration bilieuse. Obscurité du son à ce niveau.

21 mars. — Nuit mauvaise, sans sommeil. Deux crachoirs sont à peu près remplis. La langue est verte. Un litre d'urine. Le foie est remonté d'environ 2 cm. 50 ; son volume est moindre.

23 mars. — Pas de crachats pendant la nuit. Immédiatement après avoir mangé, ce matin, B. ., a une expectoration abondante et d'une couleur vert foncé. On entend à peine quelques râles à la base du poumon droit, plusieurs grandes inspirations n'en déterminent pas. Le foie, vers la région de la vésicule, offre un empâtement, comme une saillie arrondie, 3/4 de litre d'urine.

Les crachats sont examinés au microscope. M. Laboulbène constate la présence de larges cellules épithéliales, provenant sans nul doute de la bouche ; deux ou trois cellules arrondies, à noyaux bien nets, sont peut-être des cellules hépatiques,

1<sup>er</sup> avril. — L'état du malade n'a pas changé. Un jour l'expectoration est très abondante, le lendemain elle l'est moins. La quantité d'urine varie également d'un jour à l'autre. Toutes les fonctions s'accomplissent parfaitement bien.

16 avril. — 2 litres d'urine. Un demi-crachoir d'expectoration bilieuse. Les râles ne sont pas entendus nettement à la base du poumon droit

24 avril. — Les crachats ont changé de nature. Il y a peu de bile. On voit plusieurs crachats cohérents, qui ne sont pas numulaires mais déchiquetés, et ressemblant à des crachats de phthisiques ; leur couleur est jaune à leur pourtour, et comme teintée par de l'ocre. Le microscope y fait constater des noyaux arrondis, ayant 2 à 3 millièmes de millimètre, granuleux, contenant un pigment jaune, et de plus des leucocytes en grande abondance. Dans d'autres parties du crachoir, on voit à l'œil nu du sang fluide et quelques très petits caillots peu cohérents. On éprouve une peine extrême à saisir un de ces caillots pour le placer sous le champ du microscope. Le sang est très pauvre en globules sanguins ; néanmoins M. Laboulbène en a trouvé quelques-uns.

Cette rareté des globules est facile à expliquer, puisque la bile exerce une action dissolvante sur les hématies. On voit encore dans la préparation de larges cellules aplaties d'épithélium pavimenteux, provenant certainement de la bouche.

L'auscultation fait constater un peu de rudesse et de la respiration à la base du poumon droit. On entend aussi de temps à autre quelques râles muqueux. Le foie déborde toujours les fausses côtes d'environ 2 centimètres ; on sent la saillie déjà notée au niveau de la vésicule biliaire.

25 avril. — Crachats jaunes à la périphérie, qui a une teinte ocreuse, comme hier, mais peu abondants. Mêmes signes à l'auscultation et à la percussion.

1 litre d'urine.

26 avril. — Expectoration presque nulle. Quelques crachats déchiquetés et jaunes. La langue est rose et sans enduit bilieux, comme précédemment ; le foie n'a pas augmenté de volume. On n'entend plus de râles à la base du poumon droit.

1 lit. 1/2 d'urine.

27 avril. — Les crachats sont encore moins nombreux; ils sont aussi moins jaunes. Il n'y a plus d'amertume dans la bouche. 3/4 de litre d'urine. Le malade dit qu'il est guéri et demande à sortir.

28 avril. — Même état. Trois à quatre crachats jaunes adhérent au fond du vase. Toujours même saillie au niveau de la vésicule. Absences de râles à la base droite.

29 avril. — Trois ou quatre crachats d'aspect muqueux.

1 lit. 1/2 d'urine. Mêmes signes à l'auscultation et à la percussion.

30 avril. — Pas même un crachat. Le crachoir est vide et sec. Absence de râles à la base droite.

Les garde-robes examinées plusieurs fois depuis quelques jours sont colorées par la bile, mais pas plus qu'à l'ordinaire.

1<sup>er</sup> mai. — Le malade sort guéri.

Examen avant la sortie. Un seul crachat jaune, adhérent au fond du vase. La rate n'est pas augmentée de volume. En examinant le foie, on trouve toujours une tuméfaction intermédiaire entre le sternum et le mamelon, dans la région de la vésicule. La matité commence à deux travers de doigt au-dessus du mamelon. En partant de ce point, on trouve les hauteurs suivantes : à la partie interne, près du sternum, la matité donne une hauteur de 11 cm. 1/2 ; sur la ligne mamelonnaire 15 centimètres ; à la partie interne 13 centimètres.

On avait trouvé, les premiers jours de l'entrée du malade, de la submatité à la base du poumon droit; il n'y en a plus.

L'auscultation ne fait entendre aucun bruit anormal dans les deux poumons. A la base droite seulement, on perçoit quelques râles à timbre clair, tout à fait sous l'oreille, à la fin de l'inspiration, quand on fait respirer le malade fortement. C'est à coup sûr là de la crépitation pleurale.

B... est très bien portant, et, au point de vue de la santé générale, il se trouve dans le même état qu'au moment de son entrée; il dort mieux et promet de renoncer à ses habitudes alcooliques, B... est revenu depuis sa sortie, à la consultation.

Il nous remercie ; il se trouve absolument guéri de son affection bilieuse.

## OBSERVATION IX

(Par M. Berdinel, interne des hôpitaux ; *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 13 octobre 1876.)

*Kystes hydatiques du foie ; fistule broncho-hépatique avec expectoration biliaire ; abcès du foie donnant issue aux hydatides : guérison.*

Elisa D..., couturière, âgée de vingt-huit ans, célibataire, entrée le 1<sup>er</sup> septembre 1875, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, n° 6.

Cette femme a été l'an dernier dans le service pour un kyste hydatique du foie, qui a été ponctionné deux fois après application de caustique de Vienne. Les antécédents de la malade, qui ne présentent d'ailleurs rien de particulier, et l'observation de cette première phase de la maladie, ont été publiés *in extenso*, par M. Hervouët, alors interne du service, dans le n° 60 de la *Gazette des hôpitaux* (25 mai 1875).

La malade a quitté l'hôpital le 18 octobre, parfaitement guérie, du moins en apparence.

Depuis cette époque, elle éprouvait de loin en loin quelques élancements dans la région du foie.

Au mois de juin 1875, elle a été prise de vomissements incessants, en même temps qu'elle ressentait, dans le creux de l'estomac, des douleurs contusives si fortes qu'elle marchait courbée en deux. Les vomissements continuant, bien que moins fréquents, elle éprouva vers le milieu du mois d'août de violents frissons qui, trois jours de suite, durèrent de 1 heure à 3 heures du matin. Elle prit du sulfate de quinine et les frissons devinrent moins violents, mais ils se répétaient tous les deux jours dans l'après-midi ; ils s'accompagnaient d'un peu de fièvre et d'une soif vive,

Cet état dure jusqu'au 29 août au matin ; la malade est réveillée ce jour-là par la toux, un picotement dans la gorge, et tout à coup elle crache des flots d'un liquide très amer et de couleur jaune verdâtre. La toux et l'expectoration continuant, elle se décide à rentrer à l'hôpital.

*Etat actuel.* — L'état général est relativement bon, mais la malade est pâle et amaigrie ; elle est très tourmentée par une petite toux sèche, qui s'accompagne de l'expectoration d'un liquide filant, spumeux, jaune verdâtre. Elle accuse des douleurs sourdes dans le côté droit de la poitrine, douleurs irradiant vers l'épaule.

Il n'y a pas d'appétit, la bouche est mauvaise, et la malade se plaint du goût horriblement amer des matières expectorées. Il y a de la tendance à la constipation ; les fèces sont dures et grêlées.

Les vomissements ont cessé depuis le début de l'expectoration bilieuse.

En examinant l'hypocondre droit, on n'y découvre pas la moindre saillie anormale ; on y voit la trace des deux ponctions faites l'an dernier ; la palpation de la région n'est pas douloureuse, mais la percussion est moins bien supportée. Le foie est volumineux ; son bord supérieur remonte jusqu'au niveau du mamelon, tandis que l'inférieur déborde de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes ; sa surface paraît lisse et régulière, et l'auscultation de la région hépatique ne donne aucun résultat.

En percutant en arrière le côté droit de la poitrine, on ne trouve de matité que vers la base ; l'auscultation dans ce point fait entendre de gros râles humides disséminés, et paraissant se produire dans les bronches de moyen calibre ; en un point siégeant tout à fait à la base du poumon et sur la verticale abaissée de l'angle de l'omoplate, on entend comme un gargouillement lointain, avec un souffle à timbre amphorique ; ces bruits paraissent se passer loin de l'oreille ; ils sont confusément perçus, et couverts en partie par de gros râles superficiels. Toutes les autres parties de la poitrine et le cœur ne nous présentent rien

d'anormal. Il n'y a pas de fièvre, la peau a conservé sa coloration habituelle.

En présence de ces symptômes, dont le plus frappant est cette expectoration biliaire si abondante, correspondant avec l'arrêt, ou tout au moins une diminution notable de l'écoulement de la bile dans l'intestin, M. Desprès porte le diagnostic de fistule hépato-bronchique, sans se prononcer encore sur la cause et le mécanisme de sa production.

4 septembre. — L'état de la malade n'a subi aucun changement. Douleurs dans le côté droit du thorax; toux habituelle, suivie de l'expectoration de matières verdâtres, qu'on peut évaluer à près de 1 litre par vingt-quatre heures.

Le traitement consiste en applications de larges cataplasmes sur le ventre; on donne à l'intérieur une potion fortement aromatisée à la menthe, pour combattre le mauvais goût des matières rejetées.

5 et 6 septembre. — Sans qu'aucune modification se soit produite dans l'état général, ni dans l'état local, elle a craché beaucoup moins. Sensation très pénible de gêne respiratoire.

7 septembre. — L'expectoration a repris toute son intensité. Le liquide recueilli dans vingt-quatre heures est donné à l'analyse.

8 septembre. — Une nouvelle quantité de liquide est analysée. Voici la note que nous devons à la parfaite obligeance de M. Prunier, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi :

« Environ 600 grammes d'un liquide verdâtre ont été fournis une première fois; puis une seconde fois 350 grammes à peu près. Crachats en quantité considérable; odeur de menthe manifeste. Le liquide filtré présente une réaction faiblement acide. La densité est de 1,21 à 19 degrés; 100 grammes de liquide évaporés à sec, repris par l'alcool, ont fourni un extrait dont 5 centigrammes environ, traités par le sucre et l'acide sulfurique, ont présenté la réaction due à Petenkofer. L'acide nitrique, l'iode, ont aussi établi la présence des composés biliaires. Ces acides biliaires ont ensuite été dosés à part. 600 centimètres cubes de liquide ont été, dans ce but, traités par l'alcool, évaporés, repris

par l'éther, et l'on a obtenu ainsi une masse cristalline, d'un poids de 13 gr. 6 environ, d'acides biliaires. Or, la moyenne des analyses de la bile (dont la composition est du reste très variable à tous les égards) fournit environ 8 pour 100 d'acides biliaires. Il y aurait donc dans le liquide examiné un peu plus du quart de bile mélangé à du liquide en excès provenant des bronches. On a constaté aussi la présence de traces de cholestérine. »

9 septembre. — L'auscultation du poumon droit en arrière permet de constater la présence d'un épanchement pleurétique. Matité remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate, absence de murmure vésiculaire et de bruits anormaux, souffle doux et un peu d'égophonie. Tous les autres symptômes n'ont subi aucun changement. L'expectoration présente toujours les mêmes caractères et la même abondance. La malade maigrit rapidement; elle ne prend qu'un peu de bouillon. Un large vésicatoire est appliqué sur le côté droit du thorax en arrière.

13 septembre. — Les signes de l'épanchement ont à peu près disparu; les râles sont revenus, mais on n'entend plus le gargouillement ni le souffle amphorique qu'on semblait entendre le premier jour; frottements pleurétiques très nets. La malade a vomi, mais la nature et l'abondance de l'expectoration n'ont pas varié.

14 septembre. — Pas de changement dans l'état général de la malade. En percutant le foie, on constate qu'il s'est légèrement abaissé en même temps qu'il augmentait de volume; la limite supérieure de la matité est descendue à deux travers de doigts au-dessous du mamelon, mais en bas elle s'étend à plusieurs centimètres au-dessous de l'ombilic, et le foie descend jusque vers la fosse iliaque. L'épigastre n'est point tuméfié, mais il paraît uniformément tendu. Nulle part, dans les espaces intercostaux, qui se dessinent très bien par suite de la maigreur de la malade, on ne remarque la moindre voussure, on ne constate la moindre rétinence. En arrière, les signes d'auscultation restent les mêmes: râles humides et frottements secs. M. Desprès fait appliquer de la pâte de Vienne sur la cicatrice d'une des escarres faites l'an dernier.

17 septembre. — Pas de changement. Nouvelle application de pâte de Vienne. L'état général devient plus mauvais; la malade se nourrit à peine; même expectoration; même rareté et décoloration des selles.

20 septembre. — Aucun changement. Le foie est toujours énorme et descend dans la fosse iliaque droite. M. Desprès, persuadé qu'il y a dans le tissu hépatique une collection de nature indéterminée, enfonce un long trocart courbe dans le foie à une profondeur de 6 à 7 centimètres à travers l'escarre faite par le caustique; il ne s'écoule rien par la canule; un stylet introduit pour la désobstruer si besoin est, est retiré teinté d'un sang noirâtre et épais, mais aucun écoulement n'a lieu. M. Desprès, jugeant que la collection était profonde, ne crut pas devoir traverser le foie de part en part. Un cataplasme est appliqué sur la plaie.

21 septembre. — Le ventre est un peu ballonné et un peu douloureux à la pression. Le volume du foie a beaucoup diminué, il s'arrête aujourd'hui à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; il n'est pas douloureux à la pression. Il y a un peu de fièvre (température axillaire, soir 38°<sub>2</sub>; pouls, 120 degrés). Rien ne s'est écoulé par l'ouverture. L'escarre est détachée, et le muscle grand oblique est à nu au fond de la plaie.

25 septembre. — Le ventre est revenu à son état normal et n'est plus douloureux. Depuis trois jours, la malade a un ictère léger; le foie n'a pas changé de volume depuis la dernière exploration. Sans changer de caractère (tantôt plus verte, tantôt plus jaune), l'expectoration a un peu diminué, mais les selles ont toujours le même aspect. La malade est très fatiguée par sa toux incessante, et le passage continu de ces matières âcres a déterminé une inflammation du pharynx et de la bouche; la muqueuse est rouge vif et la déglutition difficile.

29 septembre. — La malade est très amaigrie, fatiguée et abattue; la coloration de la peau est plutôt terreuse que jaune. L'alimentation est presque nulle. L'expectoration, toujours nettement bilieuse, continue sans être influencée ni par la digestion, ni par la compression de la région hépatique; sa quantité

a diminué de près de moitié. Le ventre n'est pas douloureux, et il n'y a dans l'hypocondre droit qu'un peu de sensibilité à la pression; il est aussi le siège d'une douleur sourde irradiant dans le côté droit de la poitrine. Le foie est toujours aussi volumineux; par la palpation, on sent toujours son rebord au niveau des fausses côtes. Rien ne coule par la plaie du caustique, qui tend à se fermer. Pas de voussure à l'épigastre, ni dans les espaces intercostaux. En arrière et à droite, l'auscultation fait entendre des frottements rudes très étendus, prenant par moments le timbre de bruit de cuir neuf et couvrant en partie les râles humides, toujours très nombreux; pas d'autre bruit anormal; diminution de la sonorité sur une assez grande hauteur. Tendance à la constipation et selles décolorées. L'état général empire de jour en jour.

2 octobre. — L'expectoration bilieuse a diminué tout en gardant ses caractères.

Le malade a des étouffements, des « vents », qui la gênent pour respirer. Le foie depuis trois jours a augmenté de volume et il descend aujourd'hui à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'auscultation donne toujours les mêmes résultats. L'état général est un peu meilleur, mais cependant la malade ne mange pas.

6 octobre. — Teinte subictérique généralisée. L'état général redevient mauvais. Vomissements bilieux. Pas d'autres modifications.

8 octobre. — Les vomissements continuent, alimentaires ou bilieux; tout est vomi. Le ventre, non douloureux, est encaqué en bateau; l'amaigrissement est très considérable, la malade très faible. Le foie descend jusqu'à l'ombilic.

La veille et ce jour-là, il y a eu un peu de diarrhée et les matières étaient normalement colorées. Depuis deux jours l'expectoration biliaire a considérablement diminué. Il y a, en arrière, à droite, un léger épanchement pleurétique (absence de murmure, souffle doux, matité), sans gêne respiratoire ni fièvre.

12 octobre. — L'expectoration biliaire a complètement cessé.

Les produits de l'expectoration ont toujours été recueillis et examinés depuis l'entrée de la malade à l'hôpital; on n'y avait jamais trouvé de débris d'hydatides, et le pus (s'il y en avait) existait en si petite quantité, que la réaction par l'ammoniaque était impuissante à le déceler. Les selles sont rares, mais de coloration normale. L'état général est bien meilleur; la malade reprend un peu d'appétit, la teinte subictérique a disparu. Le ventre est toujours excavé, non douloureux. Le foie descend jusqu'à l'ombilic.

En arrière, on trouve encore un peu d'épanchement pleurétique à droite (vésicatoire). Quelques râles disséminés dans la poitrine. Expectoration filante, très abondante et un peu purulente.

15 octobre. — L'état général s'améliore un peu, mais la teinte subictérique a reparu. Les vomissements ont cessé depuis deux jours, la bronchorrée a diminué.

Selles colorées, mais rares et dures. Sur le foie, autour de la plaie de l'escarre, on voit une tuméfaction sensible, arrondie, de la grosseur d'une petite orange, faisant corps avec le foie et dans laquelle on perçoit une fluctuation obscure. La limite supérieure du foie est descendue à un travers de doigt au-dessous du mamelon.

20 octobre. — L'amélioration s'accroît, la malade a pu se lever un peu. Le foie est toujours volumineux.

25 octobre. — Le foie a légèrement diminué de volume; la tuméfaction qui soulève la plaie de l'escarre, est toujours très apparente, bien limitée, et la fluctuation y devient plus nette; elle est le siège de quelques douleurs. L'état général est bon; la malade se lève; elle mange avec appétit, mais les digestions sont difficiles. L'expectoration est à peu près nulle.

31 octobre. — Dans la nuit, à la suite d'une quinte de toux, la malade a eu un vomissement biliaire, puis elle a craché la valeur de quatre à cinq cuillerées à bouche d'un liquide verdâtre, ressemblant à ses crachats primitifs. En retirant le cataplasme, on voit du pus sourdre au niveau du foie par la plaie de l'escarre non cicatrisée; la pression fait sortir un demi-verre.

environ, de pus crémeux bien lié, verdâtre, dans lequel nagent de petits corpuscules blanchâtres, gros comme la tête d'une épingle. Dans la journée le pus continue à couler, mais en petite quantité.

3 novembre. — L'écoulement du pus a cessé; la plaie se cicatrise rapidement. Il y a des douleurs vagues en arrière et à droite, à la base du thorax; de la toux et une expectoration purulente peu abondante. Dans le point douloureux, submatité à la pression, affaiblissement du bruit respiratoire, râles muqueux disséminés.

5 novembre. — Dans la nuit, la malade, sans présenter aucune modification dans son état général, a été prise par l'expectoration biliaire; les matières rendues ne sont pas très abondantes (200 à 300 grammes par vingt-quatre heures), mais elles présentent les mêmes caractères qu'au début de la maladie. Un vomissement biliaire; les selles restent colorées.

5 au 8 novembre. — La malade a continué à cracher de la bile. Cette reprise lui a fait perdre rapidement le peu d'embonpoint qu'elle avait recouvré. Il y a des vomissements biliaires et de l'anorexie. Le foie diminue de volume, et la plaie, qui ne laisse plus rien couler, se cicatrise rapidement.

10 novembre. — L'expectoration biliaire a cessé encore, mais la malade est très affaiblie. Le foie est presque revenu à son volume normal; la plaie est cicatrisée. Bronchorrée abondante.

13 novembre. — Dans la nuit, la malade a craché environ 50 grammes de bile.

15 novembre. — Pendant la nuit, nouvelle expectoration de matières bilieuses (50 grammes environ).

Les douleurs de la partie postérieure du thorax sont plus vives; l'état général est moins bon. Pas de fièvre.

16 novembre. — La douleur rend le décubitus dorsal impossible. On découvre à quatre travers de doigt de la colonne vertébrale, dans le dixième espace intercostal, à sa partie la plus reculée, une tumeur elliptique, allongée suivant la direction de l'espace, dont elle occupe toute la largeur sur une longueur de 10 centimètres environ; elle est le siège de très vives douleurs

et présente une fluctuation très nette. Pas de changement de coloration de la peau. La tumeur n'est pas réductible et est à peine influencée par les mouvements de la poitrine et par la toux (cataplasmes). La bronchorrée persiste.

17 novembre. — Une incision sur la tumeur donne issue à une quantité notable de pus crémeux, verdâtre, il ne sort point d'air, et les secousses de la toux, bien qu'accélégrant l'écoulement, ne témoignent pas d'une communication entre les bronches et l'abcès. Un tube à drainage est placé dans la plaie comme mèche, et un large cataplasme complète le pansement.

18 novembre. — Il s'écoule toujours beaucoup de pus par la plaie thoracique postérieure. L'état général est bon, mais la toux et une abondante expectoration muco-purulente fatiguent beaucoup la malade. Pas de fièvre.

20 novembre. — L'écoulement de pus a diminué. Toujours très abondante, l'expectoration est toujours composée de 400 à 500 grammes de pus presque pur et rendu tout d'un coup. M. Desprès indique la possibilité d'une vomique, mais dans tous les cas il n'y a pas accès facile de l'air vers la cavité de l'abcès. On retire le tube à drainage.

25 novembre. — Il sort toujours un peu de pus par l'orifice béant de l'abcès; il ne sort pas d'air. Le matin, on a retrouvé sur le linge du pansement une substance jaunâtre desséchée, qui, mise dans l'eau, s'est développée en un voile mince, flottant, teinté de jaune par la bile, et qu'on reconnaît facilement pour une enveloppe d'hydatide rompue.

Expectoration muqueuse abondante.

27 novembre. — L'orifice donne toujours passage à une certaine quantité de pus, et tous les matins on retrouve sur le pansement deux ou trois enveloppes d'hydatides flétries. La malade mange bien. Le foie a repris son volume normal. Le ventre n'est pas douloureux. La bronchorrée persiste. Le 1<sup>er</sup> décembre, il ne sort plus d'enveloppes par la plaie, et l'écoulement du pus tend lui-même à se tarir. La malade commence à se lever, mais le flux bronchique la fatigue beaucoup.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1876, la plaie suppure toujours un peu, et la bron-

chorrée, bien que diminuée, n'a pas disparu. Le foie, non douloureux, a peu augmenté de volume. L'auscultation et la percussion de la poitrine ne révèlent rien d'anormal. L'état général est excellent.

A partir de ce moment, la convalescence n'a plus été troublée, bien que sa marche ait été très lente. L'abcès de la région postérieure donne de moins en moins de pus, sans qu'il soit besoin d'y faire des injections, l'orifice étant seulement cautérisé de temps en temps avec le nitrate d'argent. Le foie reprit peu à peu son volume normal.

L'abcès était fermé le 18 avril 1876, et la malade, guérie, avait repris de l'embonpoint; seulement il était survenu presque subitement des varices aux membres inférieurs. M. Desprès les attribua à la compression exercée sur la veine cave par la rétraction de la cicatrice du foie ayant succédé à l'abcès. Elles ont diminué au bout de quelques jours, et la malade, à qui un bas élastique a été délivré, a pu quitter l'hôpital le 7 mai 1876 complètement remise de sa longue maladie.

La malade a été revue trois mois après, elle était complètement rétablie.

#### OBSERVATION X

(Dreschfeld, *The Lancet*, 1879.)

William B..., âgé de soixante-deux ans, laboureur, marié, entra à l'hôpital de Manchester, le 23 avril 1879.

Le malade avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'il y a huit ans, où il eut une hémoptysie qui fut soignée au même hôpital, et qu'on arrêta assez vite. Peu de temps après, il éprouva une inflammation des intestins avec grande douleur abdominale, ce qui l'alita pendant plusieurs semaines.

A partir de cette époque, il eut une parfaite santé jusqu'en septembre 1878, où se présenta une nouvelle hémorragie pulmonaire, qu'on arrêta assez vite. Depuis lors, il se mit plus ou moins à tousser et à cracher. Quelques mois avant son entrée à

l'hôpital, il remarqua que ses crachats devenaient jaunes, brillants, caractère qu'ils ont conservé depuis. Son état général commença dès lors à décliner, et le malade se vit forcé d'interrompre tout travail.

Pas d'alcoolisme ni de syphilis; n'a jamais eu la jaunisse; n'a jamais, sauf durant son inflammation des intestins d'il y a huit ans, souffert de la région hépatique, laquelle même n'est pas sensible à la pression.

Le malade a conservé son appétit très longtemps, a toujours souffert de la constipation, n'a jamais eu ni dysenterie, ni fièvre. A son examen d'entrée, on constate que le malade est petit, mince, mais musclé, et légèrement émacié. Pas de jaunisse; la peau est moite; pas de symptômes céphaliques; pas d'affection des nerfs cérébraux; pas d'arc sénile. Le thorax est légèrement en forme de barrique, son diamètre antéro-postérieur est anormalement grand, ce qui est dû à la cyphose. Les mouvements de la poitrine sont normaux, mais une inspiration même profonde ne produit qu'une légère expansion; un peu de dyspnée et une toux irritante. L'examen des poumons révèle un peu d'emphysème et de la bronchite des deux côtés.

Le malade rejette une quantité considérable de crachats épais, visqueux, d'une couleur verte prononcée, ressemblant assez exactement à de la bile mousseuse. Si on laisse reposer ces crachats, ils se divisent en deux couches, l'une, supérieure, tout à fait verte et fluide, l'autre, jaune et épaisse. On constate que la couche inférieure est formée par des cellules épithéliales et granuleuses; toutes sont teintées par la matière colorante de la bile. La couche supérieure, verte et liquide, offre toutes les réactions de la bile.

L'expectoration s'élève à 8 et 10 onces (300 grammes) par jour. Elle est rejetée au dehors sans grand effort de toux; même, quand le malade est couché, elle monte dans la gorge et s'écoulerait d'elle-même sans toux, si le malade n'était forcé de s'asseoir. Pas d'hypertrophie ni de dilatation cardiaque; les bruits du cœur sont normaux, mais faibles.

Pouls, 64 degrés; il est compressible, souple et mince. Les veines

superficielles ne sont pas dilatées ; la langue est recouverte d'un enduit jaunâtre et épais ; mauvais goût dans la bouche. L'abdomen est rétracté ; pas de tumeur ; pas de douleur ni de sensibilité à la pression, que celle-ci soit forte ou légère ; le volume du foie est normal (le bord supérieur atteignant la 6<sup>e</sup> côte, tandis que l'inférieur ne dépasse pas les fausses-côtes). On n'entend pas de crépitation à l'auscultation de la région hépatique. Rate normale. Pas d'appétit ; de la flatulence après avoir mangé ; légère constipation ; fèces de couleur normale. Urine jaune paille, claire, acide ; ni albumine, ni sucre, ni acides biliaires, ni matière colorante de la bile. Température, 98 degrés (Fahr.).

Le seul symptôme important, outre le léger degré l'emphysème et de bronchite, est l'expectoration de quantités énormes de bile, sans trace de jaunisse ; le seul diagnostic admissible est donc : fistule hépato-bronchique.

La cause première d'une telle fistule était toutefois difficile à trouver. Contre l'hypothèse d'un abcès hépatique, il y a d'abord l'histoire de la maladie, l'absence de douleur et d'insensibilité de la région du foie, l'absence de diarrhée, la quantité énorme de bile, et, au contraire, une faible quantité de pus dans les crachats.

Contre l'hypothèse de kyste hydatique : il n'y a jamais eu de grande quantité de liquide rendue en une fois par l'expectoration ; de plus, il y a, contre cette hypothèse, le volume et les rapports normaux du foie. Il ne reste donc plus que l'inflammation autour d'un de ses conduits, inflammation produite par un calcul situé dans le foie lui-même (périangiocholite).

Toutefois, l'angiocholite idiopathique est très rare, et ici elle a contre elle ce fait (prouvé par les fèces) que la bile normale a passé dans le duodénum, montrant ainsi qu'une partie du foie seulement serait affectée : enfin l'histoire de la maladie ne nous conduit pas à supposer que des calculs se seraient formés dans le foie et auraient amené une périangiocholite, laquelle aurait produit une fistule communiquant avec un organe voisin. Cependant, après la mort, on reconnut que la vérité se trouvait là.

Mêmes symptômes pendant quelques jours. La quantité de crachats bilieux expectorés s'élève, en vingt-quatre heures, à 9 ou 10 onces (300 grammes). Le 3 mai, vomissement de matière bilieuse, suivi d'une hématémèse abondante. Les signes physiques restent les mêmes. L'urine contient de la matière colorante pas de la bile, mais d'albumine ni de sang. Pas d'ictère.

7 mai. — Le malade continue à vomir; les matières vomies sont quelquefois des aliments, quelquefois de la bile, d'autres fois du sang.

Auscultation de la fosse sus-épineuse droite; râles sous-crépitaux et résonnance de la voix augmentée; dans la région axillaire droite, faible murmure vésiculaire et râles muqueux.

9 mai. — Malade beaucoup plus faible. Mêmes signes physiques, mais hoquet incessant, et à chaque secousse du hoquet, de la matière bilieuse est rejetée. La quantité expectorée est de 12 onces (360 grammes) en vingt-quatre heures. Pouls, 70, très faible. Température, 97°8 (Fahr.).

13 mai. — Le malade faiblit de plus en plus. Hoquet et expectoration continus. Grande prostration, mais pas de douleur; intelligence libre. Aucune nourriture ne peut être gardée. Pouls, 70. Température, 97°7 (Fahr.).

Le malade faiblit graduellement et meurt le 15 mai.

Le traitement fut purement symptomatique : lait, bœuf, thé, glace, acide hydrocyanique et bismuth.

*Autopsie.* — Ce fut dans l'estomac, les poumons, le foie et le péritoine qu'on trouva les changements les plus notables. L'estomac renfermait des masses noirâtres et grumeuses; il était dilaté, et la surface de sa muqueuse était le siège de nombreuses ecchymoses. Le péritoine était épaissi en beaucoup d'endroits.

Le poumon gauche était le siège d'emphysème et de congestion; les bronches, légèrement dilatées, étaient remplies d'un mucus écumeux, non teinté par la bile. La face supérieure du foie et la face inférieure du poumon droit étaient unies par d'anciennes adhérences au diaphragme, de sorte que ces deux organes furent enlevés ensemble. Alors il fut possible de débarrasser le diaphragme de ces adhérences, mais seulement jusqu'au

centre phrénique, lequel était converti en une masse épaisse et blanchâtre, qui unissait intimement le poumon et le foie. A part cela, le volume et l'aspect du foie étaient normaux. De la face inférieure de cet organe partaient de nombreuses bandes fibreuses, dont l'une entre autres croisait le col de la vesicule biliaire, de manière à oblitérer le canal cystique. La vésicule biliaire était dilatée, remplie d'un mucus clair ne présentant pas trace de bile ; pas de calculs ; pas la moindre trace de communication avec le canal cystique. Des coupes du foie montraient des conduits biliaires, les uns parfaitement normaux et contenant une bile claire, les autres dilatés et remplis d'un liquide épais jaunâtre et crémeux. On pouvait suivre ces conduits dilatés jusqu'à la face supérieure du foie, où on les voyait se terminer dans une petite cavité située à la partie inférieure du diaphragme, cavité aussi remplie du même liquide jaune crémeux. Dans cette cavité on découvrit un petit calcul, à couche externe blanche (sels de chaux), et au milieu un noyau plus foncé (cholestérine et matière colorante de la bile). De cette cavité partait un canal tortueux, qui gagnait le poumon et communiquait avec une bronche.

La structure du foie était normale, sauf le voisinage des conduits biliaires qui était le siège d'une infiltration cellulaire, sans véritables abcès.

Le lobe supérieur du poumon droit était hépatisé, les lobes inférieurs étaient congestionnés. Les parois du canal fistuleux étaient faites d'un tissu fibreux solide, et le tissu pulmonaire dans son voisinage était oedématié et teint en jaune. Le canal cholédoque était perméable, et on pouvait facilement le suivre jusqu'au duodénum.

*Remarques.* — Les résultats de l'autopsie nous permettent de donner des éclaircissements sur ce cas excessivement rare. L'histoire du malade nous apprend que huit ans avant sa mort il eut une péritonite intense. Or, ce qu'on trouve à l'autopsie, tel que :

adhérences à la face inférieure du foie, bandes solides disséminées à travers les intestins, entre autres celle qui vient oblitérer par compression le col de la vésicule biliaire, est évidemment le résultat de cette péritonite. A la suite de l'oblitération de la vésicule biliaire il y eut stagnation de la bile, surtout à la partie supérieure du foie, là où les canaux biliaires sont plus petits. Pendant cette stagnation de la bile, il s'est formé un calcul, qu'on retrouve après la mort. Ce calcul, une fois formé, aura produit une action irritante, qui a amené de l'inflammation, des adhérences et de la suppuration, et enfin un trajet fistuleux.

#### OBSERVATION XI

*(Boston medical and surgical Journal)*

*Rupture de la vésicule biliaire? et évacuation par le poumon.*

M. Edit. — Permettez-moi de vous rappeler brièvement un cas intéressant qui s'est présenté dernièrement dans ma pratique.

2 février. — Je fus appelé pour voir Samuel V..., jeune homme d'apparence robuste. Je lui trouvai un pouls de 120, température 103 F., et la peau de couleur foncée. Il y avait une sensibilité extrême dans l'hypocondre droit avec un gonflement considérable et une matité s'étendant au-dessous des cartilages costaux.

La percussion profonde montra que le bord gauche du foie était environ à cinq pouces de la ligne médiane; on sentait aussi que la vésicule biliaire était considérablement distendue.

Le traitement fut expectant.

Cet état dura sans changement pendant les cinq jours sui-

vants, les selles étaient blanches et l'urine contenait de la bile.

7 février. — Une toux sèche et répétée se produisit, et, le 8, le malade commença à expectorer une grande quantité de bile, ce qui fut prouvé par l'acide nitrique et les réactifs de Petenkofer. Il y eut délire presque tout le temps, et le malade dépérissait très vite. Le 10, les crachats étaient de couleur normale.

Après cela, la convalescence fut très rapide, et maintenant, 10 février, il a quitté l'hôpital, quoique très amaigri.

## OBSERVATION XII

Observation prise dans le service de M le docteur Gombault, recueillie par M. Gomet, interne ; thèse Fouché, 1885.)

L... Emilienne, âgée de vingt ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Beaujon, le lundi 18 mai 1885, salle Sainte-Monique, n° 6.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort jeune ; la malade ne l'a pas connu et ignore la cause de sa mort. Mère bien portante. Une sœur plus jeune qu'elle bien portante.

*Antécédents personnels.* — A l'âge de deux ans, fièvre intermittente double. A dix ans, variole légère qui a guéri sans laisser de traces. A onze ans menstruation régulière pendant quelques mois ; elle disparut pour reparaitre à quinze ans. La menstruation a toujours été irrégulière ; le sang menstruel était peu abondant, alternant avec une leucorrhée qui durait souvent des mois.

Pas de grossesse, pas de fausse couche.

La malade a toujours été d'une santé délicate et menait néanmoins une vie des plus irrégulières.

L'année dernière, elle fit à deux reprises différentes un séjour à Lourcine pour des accidents syphilitiques : chancre induré, roséole, plaques muqueuses. Jamais de coliques hépatiques, ni de jaunisse.

*Maladie actuelle.* — Sans aucun prodrome, la malade, qui s'était couchée bien portante, fut prise subitement, dans la nuit du samedi au dimanche 17 mai, vers 11 heures du soir, d'une violente douleur dans l'hypocondre droit, elle n'a pas dormi de la nuit. Le dimanche matin, malgré sa souffrance, elle voulut se lever pour travailler; à peine debout, la douleur était telle qu'elle fut obligée de se remettre au lit. Elle fut aussitôt prise de vomissements bilieux qui durèrent toute la journée et toute la nuit du dimanche au lundi. C'est avec cette vive douleur et ces vomissements que la malade vient à la consultation de l'hôpital Beaujon le lundi 18 mai.

19 mai. — Le lendemain, à la visite, nous trouvons la malade dans l'état suivant: elle est assise sur son lit, le tronc penché en avant, la main droite appuyée sur la région hépatique; elle ne fait que se plaindre; elle souffre dans l'hypocondre droit d'une douleur très vive, qui irradie dans tout le côté droit et surtout vers l'épaule, et n'a pas diminué d'intensité depuis la veille; elle a des nausées, des envies de vomir, mais pas de vomissements. Depuis son entrée la langue est blanche, l'anorexie dure depuis trois jours; il n'y a pas trace d'ictère sur la peau ni sur les muqueuses. Les selles sont grisâtres, terreuses, presque liquides. L'urine est franchement ictérique; agitée dans l'urinoir, elle se recouvre d'une mousse jaunâtre; répandue sur le drap du lit, elle y laisse une tache jaune; enfin, traitée par l'acide azotique et le chloroforme, elle donne la réaction caractéristique de l'urine bilieuse.

A la percussion, le volume du foie est normal, il ne dépasse pas le rebord des fausses côtes, la malade pousse des cris tant la douleur est vive. A la palpation, on trouve la surface du foie lisse, sans bosselure, ni nodosité d'aucune sorte.

La rate est normale.

L'examen des poumons, du cœur, ne révèle aucune lésion.  $T = 37^{\circ}4$ .

M. Gombault porte le diagnostic de coliques hépatiques et prescrit ce traitement: une injection sous-cutanée de morphine, matin et soir, un purgatif léger, bouillon, potage,

A la visite du soir, la douleur, momentanément calmée par l'injection de morphine, avait reparu aussi vive qu'auparavant; pas de vomissements. T = 37°6.

20 mai. — L'état est le même que la veille. Selles décolorées, urines bilieuse, pas d'ictère sur la peau ni sur les muqueuses. La douleur reparait trois ou quatre heures après l'injection de morphine. Même traitement. T matin = 37°2. T soir = 37°4.

21 et 22 mai. — Pas de modification. T matin = 37°2. T soir = 37°4.

23 mai. — La douleur est continue dans l'hypocondre droit; la région est très sensible à la simple palpation. Les vomissements surviennent, d'abord alimentaires et bilieux, puis verdâtres; le ventre se ballonne, il est dur, douloureux à la palpation; la diarrhée persiste, les selles sont toujours terreuses; la face se grippe; le pouls est petit, serré, la température s'élève; la colique s'est compliquée de péri-hépatite, et même de péritonite qui semble vouloir se généraliser. T matin = 38° 2. T soir = 38° 4.

Traitement : Vessie de glace sur le ventre, petits fragments de glace à l'intérieur, bouillon et lait glacé, eau de Seltz.

24 mai. — Les vomissements persistent, la malade rend tout ce qu'elle prend; le ventre est ballonné; les applications de glace calment la douleur. On ajoute au traitement la potion de Rivière.

Température : matin 38 degrés, soir 38° 2. Le pronostic menace d'être inquiétant.

25 mai. — L'état n'est pas sensiblement modifié. Cependant les vomissements semblent moins fréquents. On continue le traitement.

Température : matin 38° 4, soir 38° 4.

26 mai. — Les vomissements ont diminué; le ventre est moins ballonné, moins sensible à la palpation; les symptômes de péritonite s'amendent, mais la malade se plaint d'une certaine gêne de la respiration. L'examen de la poitrine ne révèle rien. Température : matin 38 degrés, soir 38° 4.

27 mai. — La dyspnée a beaucoup augmenté, la respiration est courte, fréquente, la malade se plaint de son côté droit, elle dit que la douleur a remonté. On ne trouve pas de douleur sur le

trajet du phrénique. M. Gombault fait le diagnostic de pleurésie diaphragmatique. Il ne constate rien à l'examen de la poitrine. Pas de toux, pas d'expectoration. Température : matin 37° 2, soir 37° 4. Grande diminution des symptômes abdominaux

28 mai.— Les phénomènes de périhépatite et de péritonite ont presque complètement disparu, mais la douleur persiste au niveau du foie et un peu au-dessus.

La gêne de la respiration est toujours grande. A la percussion on constate à la partie inférieure et postérieure du côté droit une diminution de sonorité. A l'auscultation, obscurité de murmure vésiculaire, quelques râles fins disséminés ; toux quinteuse sèche. Température : matin 37 degrés, soir 38° 2.

29 mai.— Les signes de pleurésie deviennent très nets ; point de côté, matité dans la moitié inférieure et postérieure droite de la cage thoracique, absence de vibrations, disparition presque complète du murmure vésiculaire, léger souffle au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate ; à certains moments on entend quelques râles fins à l'inspiration, toux petite, sèche et quinteuse. Température : matin 37° 2, soir 37° 8.

30 mai.— La pleurésie s'affirme, on trouve aujourd'hui de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone légère.

Si nous résumons l'histoire de la malade depuis son entrée jusqu'à ce jour, nous trouvons du 18 au 23 mai : symptômes de la colique hépatique franche avec urines bilieuses et selles terreuses, mais sans ictère sur la peau ni sur les muqueuses. Le 23, symptôme de périhépatite ; le 24, la péritonite menace de se généraliser, le pronostic s'assombrit ; le lendemain légère amélioration, qui s'accroît le 26 et le 27. Le 27, symptômes de pleurésie diaphragmatique. Le 30, pleurésie droite avec épanchement. Notons que jusqu'à ce jour la malade a toujours présenté une douleur de la région hépatique, que l'urine est restée bilieuse, les selles grisâtres, et que jamais il n'y a eu teinte même subictérique, ni de la peau, ni des muqueuses. Température : matin 37° 2, soir 37° 8.

30 mai.— Dans la nuit du 30 au 31, après une quinte de toux, sans éprouver une douleur plus vive, ni avoir une sensation de

déchirure, la malade se mit à expectorer un liquide mousseux, jaune verdâtre, ayant à l'œil nu les caractères de la bile ; le matin, à la visite, le crachoir était rempli de ce liquide, la toux qui jusqu'alors avait été sèche, était régulièrement suivie d'expectoration. Les matières expectorées ressemblaient à de la bile, on n'y voyait pas trace de pus. M. Gombault ausculte la malade, les signes thoraciques sont les mêmes que la veille ; il ne trouve rien qui puisse faire penser à une caverne, à une cavité quelconque.

Température : matin 37 degrés, soir 37° 6. Urine bilieuse.

Nous devons à l'obligeance de M. Lermoyez l'examen microscopique du liquide expectoré. En voici le résultat.

Une goutte de ce liquide déposé sur une compresse et traitée par l'acide nitrique donne une tache rosée centrale avec bordure caractéristique, violette puis verte.

On trouve au microscope :

1° Gouttelettes graisseuses abondantes ;

2° Globules pyoïdes ;

3° Aiguilles rouges et allongées de biliphéine (caractéristique). Pas de fibres élastiques ni de paillettes de cholestérine. Rien qui puisse faire songer au kyste hydatique, les crachats renferment donc de la bile pure.

Une autre analyse faite par M. Houssaye, interne en pharmacie du service, a donné les mêmes résultats.

1<sup>er</sup> juin. — L'expectoration continue avec les mêmes caractères ; elle est plus abondante le jour que la nuit, elle succède à une petite toux quinteuse, qui dans la journée ne laisse pas de repos à la malade, celle-ci a rempli deux crachoirs depuis la visite d'hier ; la dyspnée est toujours aussi grande, les signes pleurétiques les mêmes. L'urine ne contient plus que des traces de bile, il n'y a pas eu de garde-robes depuis quarante-huit heures. Température : matin 37° 2, soir 37° 8.

2 juin. — Le thermomètre est monté ce matin à 39° 8, élévation que rien ne justifie dans l'état de la malade, qui ne s'est modifié en aucune façon, si ce n'est qu'on trouve sur la lèvre supérieure du côté droit quelques vésicules d'herpès. La quan-

tité de liquide expectorée est à peu près la même que la veille. Sa composition n'a pas changé. Température : matin 39° 8, soir 38° 6. Il n'y a plus de bile dans l'urine, les selles sont colorées.

3 juin. — Même état que la veille. Température : matin 38°, soir 38° 2.

4 juin. — Rien de particulier. Température : matin 37° 4, soir 38° 2.

5 juin. — L'expectoration a beaucoup augmenté ; la quantité de liquide rendue depuis la visite d'hier est de 70 centilitres.

Même état. Température : matin 38° 4, soir 38° 2.

6 juin. — La toux est plus rare, la dyspnée beaucoup moins intense ; la malade n'a rendu qu'un crachoir et demi. L'amélioration est grande : néanmoins les signes thoraciques sont les mêmes. Température : matin 38° 2, soir 38° 6.

7 juin. — L'état est excellent : à peine un demi-crachoir de liquide ; la toux devient de plus en plus rare, la dyspnée presque nulle, pas de changement dans la poitrine. Température : matin 38°, soir 39° 4.

8 juin. — A peine quelques crachats, plus de dyspepsie, même état local. Température : matin 37° 4, soir 38.

9 juin. — Toux rare et sèche, pas d'expectoration depuis la visite d'hier matin.

10 juin. — La malade a été prise cette nuit d'un accès d'oppression, de quinte de toux, suivi d'expectorations, le crachoir est à demi rempli par un liquide plus épais, moins jaunâtre qu'auparavant. Une nouvelle analyse démontre la diminution de la bile et l'absence du pus. Température : matin 37° 8, soir 37° 4. Vu la persistance des signes de pleurésie qui n'ont pas changé depuis le 29 mai, M. Gombault ponctionne la cavité pleurale avec la grosse aiguille de l'aspireur Potain. C'est à peine si quelques gouttes de liquide sanguinolent arrivent jusqu'à l'index de verre. On fait passer dans les tubes un courant d'eau distillée, le liquide rougeâtre qui sort est examiné au microscope par M. Lermoyez, il ne contient que des globules de sang.

11 juin. — La nuit a été bonne, pas d'accès d'oppression, pas de toux ni d'expectoration, la malade se trouve bien,

12 juin. — Il n'y a plus ni toux, ni oppression, ni expectoration, la malade semble guérie, cependant les symptômes de pleurésie restent les mêmes. Température : matin 38° 4, soir 37° 6.

13 juin. — L'amélioration continue ; la matité n'a pas changé, mais la respiration commence à s'entendre là où elle avait disparu. La malade commence à se lever. Température : matin 37° degrés, soir 37° 4.

14 juin. — Tous les phénomènes s'amendent, l'appétit revient, la température est normale.

15 juin. — La malade est guérie.

30 juin. — La malade part pour le Vésinet.

### OBSERVATION XIII

(Thirolaix, Société clinique, 1888.)

7 mai 1888. — Entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Empis, salle Sainte-Madeleine, n° 1, une nommée Pl... Adélaïde, couturière, âgée de trente-trois ans, qui se plaint de cracher de la bile depuis le mois d'octobre de l'année précédente.

*Antécédents héréditaires.* — Son père et sa mère âgés, le premier de septante-deux ans, la seconde de soixante-six ans, sont aujourd'hui parfaitement bien portants, ainsi que son frère et ses quatre sœurs.

*Antécédents personnels.* — Les antécédents pathologiques de la malade sont nuls.

A l'âge de huit ans, elle aurait dit-elle eu une côte de la partie moyenne de l'hémithorax droit fracturée. Les règles, venues à dix-neuf ans, ont toujours été régulières jusqu'au jour où a commencé l'affection actuelle. Ni syphilis, ni tuberculoses cutanées ou viscérales. La malade n'a jamais eu ni épistaxis, ni coliques hépatiques, ni ictère ou urticaire, bref, aucun de ces phénomènes qui attirent l'attention du côté du foie.

Bien portante jusqu'en 1881, époque à laquelle elle accouche d'un garçon, à la suite d'une grossesse régulière, elle voit à

partir de ce moment sa santé s'altère. Elle maigrit, a fréquemment des crampes d'estomac, une sensation pénible de pesanteur dans l'hypocondre droit et dans la région lombaire du même côté; une constipation opiniâtre, mais jamais ni nausées, ni vomissements, ni dégoût pour un aliment spécial.

Les phénomènes d'abord peu prononcés s'accroissent, surtout dans les derniers mois de 1887. L'hypocondre droit est plus sensible, mais sans tuméfaction nette. La malade ne supporte plus que difficilement son corset; elle éprouve fréquemment des douleurs diffuses dans le moignon de l'épaule, douleurs qu'elle appelle rhumatismales, et qui semblent se rattacher au travail insidieux qui s'effectuait du côté du péritoine, du diaphragme et de la plèvre, une sensation de plénitude, de gêne dans tout le côté droit du thorax; mais jamais il n'y a eu, jusqu'en septembre 1887, ni toux, ni expectoration.

Dans les premiers jours d'octobre, la toux et la fièvre se montrent, accompagnées de douleurs assez vives dans le côté droit, l'épigastre, les lombes, quinze jours avant qu'apparaisse l'expectoration biliaire.

La respiration est courte et la malade est forcée de s'aliter, sans avoir éprouvé toutefois, à aucun moment, ni grand frisson ni frissonnements. Elle est soignée à cette époque pour une bronchite, puis pour une pleurésie, et on lui applique dans la région de l'hypocondre droit, en avant et en arrière, une série de vésicatoires.

15 octobre. — Au matin, la toux devient plus fréquente, quinteuse (comme si elle avait eu la coqueluche, dit la malade); la respiration est très embarrassée, et dans un effort de toux, sans qu'une douleur vive, déchirante survienne, la malade expectore une grande quantité d'un liquide verdâtre, très fétide, extrêmement amer, contenant des matières en suspension. La mère de la malade nous donne des renseignements précis sur les caractères de ces matières et sur leur apparence. Elle affirme que dès le premier jour et dans tout le cours du premier mois, il y avait dans l'expectoration fétide, des peaux blanches et

comme des boules blanches, et qu'elles ont disparu en même temps que la fétidité des crachats.

Cette expectoration, qui avait débuté à 9 heures du matin, a duré sans discontinuer jusqu'à midi, les quintes de toux succédant aux quintes, et la malade évaluée à une grande cuvette le liquide qu'elle a ainsi craché pendant ce court laps de temps. La nuit, légère hémoptysie qui ne se renouvelle pas.

Depuis ce jour, les crachats, formés d'un mélange de mucosités et de bile, sont restés tels qu'on les constate aujourd'hui, tellement abondants qu'ils empêchent la malade de dormir. La fièvre a cessé en même temps qu'a disparu la fétidité des crachats.

Avec l'apparition de l'expectoration bilieuse s'est montré un léger sub-ictère, limité aux conjonctives ; les selles se sont décolorées, mais ces derniers phénomènes ont été assez passagers pour n'avoir pas frappé la malade. L'appétit ne diminue pas, la sensation d'amertume, très pénible au début, est facilement supportée aujourd'hui, et la malade goûte les aliments, qu'elle prend avec plaisir ; elle n'a jamais de vomissements. L'amaigrissement, qui avait d'abord fait de notables progrès jusqu'en février 1888, s'est arrêté ; à aucun moment, il n'y a eu d'œdème des membres inférieurs.

A la fin de mars, la fétidité des crachats, les membranes blanches, la légère teinte sub-ictérique, la décoloration des selles reparaisaient, mais ces phénomènes ne durèrent que peu de jours et ne forcent pas la malade à s'aliter. D'ailleurs, la malade n'avait dû garder le lit que pendant les deux premiers mois.

L'expectoration verte conserve les caractères que nous trouverons plus loin, jusqu'au jour où la malade entre à l'hôpital. L'appétit reste bon et les selles sont colorées.

État actuel. — La malade est une femme blonde, de taille moyenne, amaigrie ; elle a l'air fatiguée, mais nullement cachectique ; elle est sans cesse secouée par des efforts de toux, à la suite desquels elle expectore des crachats verdâtres spumeux. La peau, les conjonctives ont leur coloration normale, la langue est fortement teintée de jaune, le ventre non météorisé, les

doigts présentent la déformation dite hippocratique, les dernières phalanges, de couleur normale, sont renflées en massue. La voix est faible, enrouée, depuis le mois de novembre, et ces phénomènes laryngés sont dus sans aucun doute au passage incessant de la bile.

A la vue, la base du thorax ne semble pas être plus développée d'un côté que de l'autre, et les incursions des deux parties symétriques du diaphragme semblent se faire avec une égale intensité. Aucune déformation, ni voussure au niveau de l'hypocondre droit.

Par la palpation, on perçoit au niveau de la partie supérieure du muscle droit antérieur de l'abdomen, une rénitence, un empatement diffus, et l'on fait naître, en déprimant un peu les parois abdominales, une douleur assez vive.

Les vibrations vocales sont très difficilement perceptibles, ce qu'explique la faiblesse de la voix de la malade.

Le foie n'est pas augmenté de volume; la matité hépatique commence à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, et cesse au rebord des fausses côtes.

La rate est petite.

La sonorité de la poitrine est normale.

L'auscultation des poumons fait entendre le murmure vésiculaire normal dans tout le thorax, en arrière, du haut en bas, à droite et à gauche; aucun phénomène stéthoscopique anormal sous les clavicules

Dans la région antéro-latérale de l'hypocondre droit, on trouve quelques craquements secs, quelques frottements pleuraux, plus nets à mesure qu'on avance vers la partie antérieure. Si l'on fait tousser la malade, on perçoit des bouffées de râles cavernuleux, ou un souffle à timbre rude. Pas d'égophonie ni de pectoriloquie aphone. L'auscultation du cœur ne révèle aucun bruit morbide. Le pouls bat 90. Apyrexie complète. L'hypocondre droit est pesant et légèrement douloureux; la douleur de l'épaule a disparu. Le décubitus latéral droit est impossible, tant à cause de la douleur qu'il fait naître, que de l'afflux plus considérable de bile qui se produit aussitôt.

La respiration est normale : la toux incessante, se reproduisant environ toutes les dix minutes ; lorsque les espaces intercalaires dépassent une demi-heure, il se produit, sous l'influence d'efforts de toux, une véritable vomique biliaire, à la suite de laquelle la toux s'arrête un moment pour se reproduire bientôt. Celle-ci est plus fréquente le matin. A la suite des repas, l'expectoration n'augmente pas de quantité.

Les urines, de couleur jaune, sont claires, acides, sans dépôt, peu abondantes, 700 centimètres cubes le premier jour ; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni matières colorantes biliaires, et 17 gr. 93 d'urée par litre. L'examen microscopique de cette urine permet d'y constater la présence d'une grande quantité d'urate de soude.

En vingt quatre heures, la malade a expectoré 500 grammes environ d'un liquide verdâtre très visqueux, recouvert d'une écume légère, non fétide, semblable aux vomissements bilieux. On y voit, outre des matières alimentaires incidemment crachées avec la bile, qui affluait dans la bouche au moment de la mastication, des crachats opaques grisâtres.

L'acide nitrique nitreux fait naître dans ce liquide dilué un précipité de nuance vert foncé.

L'examen microscopique montre, outre des leucocytes et des vésicules adipeuses abondants, des pavés de cellules épithéliales pavimenteuses provenant de l'épithélium buccal et pharyngé ; des cellules cylindriques petites, à protoplasma pigmenté, avec des noyaux très évidents, venant des canaux biliaires, et pas une de ces grandes cellules cylindriques, à noyau peu distinct, à bord libre, épaissi et strié, de la vésicule biliaire.

On y voit aussi des fibres musculaires striées et des cellules végétales, qui proviennent, sans aucun doute, des matières alimentaires crachées. Le liquide, traité par la potasse, est décanté, et dans le résidu obtenu on ne trouve aucun crochet d'échinocoque.

Les règles ont cessé depuis le début de l'affection ; la malade a des fleurs blanches abondantes.

L'appétit est bon, la constipation très notable, les selles sont colorées.

Depuis plusieurs mois, la malade a remarqué que ses cheveux tombaient en grand nombre; ils sont, en effet, très clairsemés et se cassent facilement au niveau de leur racine. Mêmes remarques sur tout le reste du système pileux

Régime ordinaire. On donne 4 grammes d'iodure de potassium.  
9 novembre. — La malade a craché environ 550 grammes de liquide biliaire.

Urine, 750 grammes. Depuis l'apparition de l'expectoration verte, la malade a noté la diminution du taux de son urine. M. Souillard, interne en pharmacie du service, nous remet l'analyse suivante :

Le liquide expectoré est très visqueux, de couleur jaune verdâtre, et tient en suspension des flocons de matières colorées en jaune. Il possède une saveur amère et répand une odeur spéciale non fétide. Après quelques heures de repos, ce liquide est décanté sur un filtre, au travers duquel une partie passe avec une extrême lenteur. Le liquide clair ainsi obtenu mousse fortement par l'agitation, colore en jaune un morceau de papier à filtrer, et possède une réaction franchement alcaline.

Dans le but de rechercher la présence de la bile, la liqueur filtrée est soumise aux deux réactions suivantes : la première, de Gmelin (acide azotique nitreux), devant déceler les pigments biliaires (biliverdine, biliprasine); la seconde, de Petenkofer (sucre et acide sulfurique), ayant pour but de caractériser les acides biliaires (acides taurocholique et glycocholique).

Les deux réactions ont donné des résultats très évidents : elles permettent, en conséquence, d'affirmer que le liquide examiné renferme les éléments de la bile.

10 novembre. — Selle peu abondante, composée de matières dures, colorées.

Urine, 650 grammes; expectoration, 450 grammes; P. 85; R. 20. Pas de fièvre.

12 novembre. — Même état. Bon appétit.

15 novembre. — L'expectoration a diminué de quantité, 350 grammes. Le thermomètre reste toujours aux environs de 37 degrés.

La malade est mise au régime lacté et aux œufs.

16 novembre. — Le liquide expectoré dans la journée d'hier ne contient plus ni fibres musculaires, ni cellules végétales. Il conserve toujours la même apparence, 450 grammes ; traité par l'hypobromite de soude, il ne donne qu'un faible dégagement d'azote, impossible à doser.

L'état général reste toujours relativement bon.

21 novembre. — Même état. Les quintes de toux sont toujours aussi fréquentes. Régime ordinaire. Expectoration, 350 grammes ; urine, 600 grammes ; selles colorées.

---



## CONCLUSIONS

---

L'étude des conditions dans lesquelles se présentent les cas de fistules hépato-bronchiques, l'analyse des observations que nous avons publiées et commentées nous permettent de dire :

I. Les fistules hépato-bronchiques constituées, et non les expectorations bilieuses de courte durée, sont rarement observées en clinique.

L'autopsie confirmant le diagnostic a été peu souvent pratiquée.

II. Les fistules hépato-bronchiques ne sont presque jamais primitives. Le cas cité par M. le professeur Laboulbène, mais qui est un cas unique, semble seul montrer qu'elles peuvent l'être quelquefois.

Elles sont le plus souvent secondaires à une affection hépatique : lithiase biliaire, kyste hydatique du foie, abcès du foie ; rarement le fait de vers intestinaux.

III. Le diagnostic de la fistule hépato-bronchique

est facile. Il suffit de faire l'analyse des crachats rendus par le malade. Le diagnostic causal est plus épineux.

IV. A l'autopsie, les lésions sont différentes et varient avec la cause qui les a produites.

*Vu :*

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE  
LAROYENNE.

*Vu :* . . .

LE DOYEN,  
LORTET.

*Vu et permis d'imprimer :*

Lyon, le 20 octobre 1900.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ  
GABRIEL COMPAYRÉ,

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ARCHAMBAULT, Bulletin de la Société anatomique, 1852.
- TROUSSEAU, Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, p. 268.
- BRICHETEAU, sur les Abscesses et les Hydatides du foie qui communiquent avec le poumon et sont rejetés par l'expectoration. (Revue médico-chirurgicale, 1852.)
- J.-L. ROUIS, Recherches sur les suppurations endémiques du foie d'après les observations recueillies dans le nord de l'Afrique, p. 250, 1808.
- JACCOUD, Traité de pathologie interne, t. II. 1877
- DRESCHFELD, The Lancet, 1879 et 1897.
- FOUCHÉ, Contribution à l'étude des fistules hépato-bronchiques consécutives à la lithiase biliaire. (Th. Paris, 1885.)
- MURCHINSON, Leçons cliniques sur les maladies du foie, 1878, p. 54.
- CAYLA, Progrès médical, 1885.
- SEGOND, Société de chirurgie, 1887.
- DESCHAMPS, th. Paris, 1888.
- POTHERAT, th. doctorat, Paris, 1889.
- LUTON, art. Voies biliaires, in Nouveau Dict. de méd. et de chirurg. pratiques.
- BARTH et ROYER, Traité d'auscultation.
- NERMORD, thèse, Paris, 1891.
-

## TABLE

---

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| Avant-propos . . . . .                     | 5  |
| Introduction . . . . .                     | 7  |
| Historique . . . . .                       | 9  |
| Etiologie. . . . .                         | 12 |
| Anatomie pathologique. Pathogénie. . . . . | 15 |
| Diagnostic . . . . .                       | 21 |
| Pronostic . . . . .                        | 30 |
| Observations . . . . .                     | 32 |
| Conclusions. . . . .                       | 89 |
| Bibliographie . . . . .                    | 91 |



